

Luciana Melo e Souza

HISTÓRIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E REFORMA SANITÁRIA

01 (UFRN - COMPERVE - 2014) Considere as seguintes afirmações sobre as políticas de saúde no Brasil:

- I. No período colonial/imperial, a assistência à saúde limitava-se apenas às classes dominantes, constituídas principalmente pelos coronéis do café, e era exercida pelos médicos que vinham da Europa - medicina liberal. Os índios, negros e brancos pobres utilizavam os recursos da medicina popular e as sangrias;
- II. No período da República Velha, a área da saúde caracterizou-se pela estreita relação entre a política de saúde estabelecida e o modelo econômico vigente e pela clara dicotomia entre as ações de saúde pública e as ações de assistência médica através de dois modelos de intervenção: o sanitarismo campanhista e o curativo-privativista;
- III. No período da Segunda República, o crescimento acelerado da indústria se dá às custas das condições precárias de trabalho, aumentando os riscos de problemas de saúde dos trabalhadores urbanos, piorando as condições de vida e saúde dessa população que não contava com moradia e saneamento adequados;
- IV. No período da redemocratização ou desenvolvimentista, os principais eventos foram os protestos populares pela conquista de direitos sociais e ampliação da cidadania através das propostas da Reforma Sanitária. Nesse contexto, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, que proporcionou o debate sobre os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária. Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, foi aprovado o Sistema Único de Saúde;
- V. No período do regime militar, foi criado o Ministério da Saúde independente da área de educação. Os sanitaristas desenvolvimentistas defendiam uma proposta de articulação das campanhas sanitárias e a promoção de assistência e de articulações de ações preventivas e curativas, de acordo com as necessidades da população, a serem executadas no nível municipal;
- VI. No período da Nova República, implantou-se um sistema de saúde caracterizado pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e forte mercantilização da saúde. Foi criado o Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social (INPS), responsável pelos benefícios previdenciários e pela assistência médica aos segurados e seus familiares.

As afirmações corretas são:

- (A) I, III e IV.
- (B) I, II e III.
- (C) II, IV e V.
- (D) III, V e VI.

GRAU DE DIFICULDADE

Assertiva I: CORRETA. No período colonial, disseminaram-se várias doenças infectocontagiosas, trazidas pelos portugueses. A medicina era exercida por alguns médicos, boticários e far-

macêuticos, formados na Europa e radicados nas grandes cidades, enquanto que a população pobre desconhecia a medicina oficial.

Assertiva II: CORRETA. Nesse período, de imigração de trabalhadores europeus, a principal preocupação era com os portos e com a saúde dos trabalhadores. As ações de saúde eram pontuais e ficaram conhecidas como sanitário-campanhista. O modelo curativo-privatista se instalou a partir da década de 1920, com a ideia de pensar a assistência médica a trabalhadores urbanos de carteira assinada, sob a forma do seguro-saúde/Previdência.

Assertiva III: CORRETA. Na Segunda República houve a aceleração do crescimento industrial, conseqüentemente, das péssimas condições de trabalho e de vida aos trabalhadores, o que constituiu um agravamento às condições de saúde dessa população.

Assertiva IV: INCORRETA. A redemocratização, ou seja, abertura política que ocorreu após a ditadura, não coincide com o período desenvolvimentista, que ocorreu na Segunda República.

Assertiva V: INCORRETA. O Ministério da Saúde foi criado em 1930 com o nome de Ministério da Educação e Saúde Pública. Só em 1953 que esses ministérios foram desmembrados em Ministério da Saúde e Ministério da Educação e Cultura. A ditadura brasileira teve início em 1964.

Assertiva VI: INCORRETA. A Nova República, período pós-ditadura, é marcada pelos movimentos populares, pela VIII Conferência Nacional de Saúde, pela Reforma Sanitária e pela criação do SUS.

Resposta: (B)

02 (UFMA - NEC - 2012) Por meio da Lei Eloy Chaves (1923), deu-se o nascimento da legislação trabalhista no Brasil, criando:

- (A) Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS).
- (B) Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).
- (C) Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS).
- (D) Fundo de Assistência à Saúde (FAS).
- (E) Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS).

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa E: CORRETA. A Lei Eloy Chaves criou, em 1923, as Caixas de Aposentadoria e Pensões, precursora da Previdência Social. Marca também o início da assistência à saúde voltada apenas aos trabalhadores de carteira assinada.

03 (UFMA - NEC - 2012) A idealização do direito universal à saúde teve a sua expansão a partir do Projeto de Reforma Sanitária, na década de 1980. Na década posterior, a Política de Saúde sofreu determinações dos ajustes econômicos e sociais neoliberais, que apontaram na direção:

- (A) da priorização de um Sistema Único voltado para os menos favorecidos financeiramente.
- (B) do aprimoramento do Sistema Único de Saúde, já que possibilita o cofinanciamento para programas, projetos e serviços.
- (C) do fortalecimento da Seguridade Social, já que menciona a articulação entre a Previdência Social, saúde e assistência social.
- (D) do desmonte do projeto de Reforma Sanitária, com a saúde voltada para os interesses do mercado.
- (E) das melhorias de condições de vida e de saúde da população brasileira.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: INCORRETA. Nenhuma política social foi priorizada nessa época.

Alternativa B: INCORRETA. O SUS não foi aprimorado nessa época, que foi marcada pelo baixo investimento nas ações de saúde.

Alternativa C: INCORRETA. A política neoliberal é contrária ao Estado de Bem-Estar social, portanto, a Seguridade Social não foi fortalecida nessa época.

Alternativa D: CORRETA. O impacto das políticas neoliberais no Brasil, no campo da saúde, na década de 1990 (coincidentemente a mesma época em que se regulamenta o SUS), foram: "1) ampliação do acesso aos serviços de atenção básica; mercantilização dos serviços de nível secundário e terciário (cerca de 70% da oferta estando na iniciativa privada); grande

precarização dos vínculos de trabalho no setor público; terceirização de grande parte dos serviços assistenciais e terapêuticos; conformação de um sistema de saúde complementar, regulamentado; e institucionalização da participação, por meio dos conselhos e conferências de saúde nas três esferas de governo”¹

Alternativa E: INCORRETA. O que se viu foi uma redução do papel do estado nas políticas sociais, o que piorou as condições de vida da população.

04 (PSICÓLOGO - UFGD - 2013) Leia o texto a seguir:

O Movimento da Reforma Sanitária surgiu no início dos anos 1960 da indignação de setores técnicos e intelectuais com o quadro da Saúde no Brasil. Um marco histórico da luta desse movimento se deu com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, acontecimento que incluiu a sociedade civil organizada no processo de construção de um novo ideário para a Saúde.

O conceito de “saúde” sustentado pela Reforma Sanitária tem como diretriz:

- (A) ratificar a qualidade de vida como uma conquista histórica da capacidade de criar e manter uma vida digna; o acesso à moradia, transporte, trabalho, lazer e alimentação, que permitam o desenvolvimento integral do sujeito; a educação de qualidade, que inclui todos numa sociedade mais equânime.
- (B) permitir o funcionamento do organismo dentro da excelência de suas possibilidades, o bem-estar social e a integridade psíquica.
- (C) combater as epidemias históricas do país, como a esquistossomose, a febre amarela e a dengue, que afetam as populações trabalhadoras e menos privilegiadas economicamente.
- (D) desospitalizar e desinstitucionalizar as ações de saúde, compreendendo que as formas de tratamento da hanseníase, da tuberculose e dos transtornos mentais, bem como a atenção à saúde da população excluída dos quadros do trabalho formal compunham um projeto eugenista.

- (E) controlar a saúde de toda a população, por meio dos mecanismos de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e dos dispositivos da atenção básica, na prevenção e promoção da saúde.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: CORRETA. O relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde expressa a convicção de que a saúde é resultante das condições de educação, moradia, alimentação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer e liberdade². Além disso, afirma que o conceito de saúde não é abstrato, uma vez que decorre das condições de vida das pessoas que, por sua vez, são decorrentes de fatores estruturais da sociedade.

Alternativa B: INCORRETA. O relatório propõe a construção de uma sociedade mais equânime, através da ação do Estado sobre as condições de vida, não se refere às condições de excelência de funcionamento do organismo.

Alternativa C: INCORRETA. A noção de saúde proposta pelo relatório da 8ª Conferência não envolve apenas as epidemias que atingem as classes trabalhadoras.

Alternativa D: INCORRETA. Na verdade, o relatório propõe a criação de um Sistema Único de Saúde, através da criação de um “novo arcabouço institucional”, separando saúde e Previdência.

Alternativa E: INCORRETA. O objetivo não é “controlar” a saúde, mas promovê-la e protegê-la. As ações de vigilância em saúde e atenção básica se juntam também às ações de média e alta complexidade.

05 (UFAL/AL - RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE/SAÚDE DO ADULTO E IDOSO - 2015)

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi uma conquista da sociedade brasileira no final dos anos de 1980 e teve, na direção dessa luta, o Movimento da Reforma Sanitária, constituído desde a década de 1970 e integrado por vários movimentos sociais. Dentre eles, destacam-se:

- (A) o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES).

- Ⓑ o Movimento dos Trabalhadores Sem-Terra (MST) e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES).
- Ⓒ o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO).
- Ⓓ a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e o Movimento dos Trabalhadores Sem-Terra (MST).
- Ⓔ o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO).

GRAU DE DIFICULDADE

DICA DO AUTOR: os seguintes movimentos sociais se constituíram durante a Reforma Sanitária, fazendo parte desta: Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), Associação dos Médicos Sanitaristas, Associação Paulista de Saúde Pública.

Alternativa A: INCORRETA. O Conselho Nacional de Saúde foi instituído pela Lei nº 8.142/90, que trata da participação e controle social no SUS. Portanto, não fez parte da Reforma, foi uma consequência desta.

Alternativa B: INCORRETA. O Movimento dos trabalhadores Sem-Terra (MST) não participou da Reforma Sanitária.

Alternativa C: CORRETA. A alternativa traz dois movimentos que integraram a Reforma Sanitária.

Alternativa D: INCORRETA. A alternativa cita o MST, que não fez parte do Movimento de Reforma Sanitária.

Alternativa E: INCORRETA. Como dito anteriormente, o Conselho Nacional de Saúde foi uma instância criada a partir do SUS.

06 (HOSPITAL SANTA MARCELINA - RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA - VUNESP - 2014) Assinale a alternativa correta referente à Reforma Sanitária no Brasil, gestada a partir da década de 1970.

- Ⓐ foi um processo engendrado por parte dos sucessivos gestores do Ministério da Saúde,

que perceberam a necessidade de mudanças no sistema de saúde.

- Ⓑ as ideias propostas abrangeram conceitos de universalidade e integralidade, mas não previram o seu financiamento.

Ⓒ foi um processo inspirado no movimento sanitário norte-americano cujos reflexos se fazem presentes até hoje.

Ⓓ uma das ideias centrais era a parceria público-privada para garantir a universalidade, a integralidade e o controle social.

Ⓔ as ideias propostas influenciaram o processo constituinte e foram fundamento para a inclusão da saúde como um dos direitos sociais da cidadania.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: INCORRETA. O Ministério da Saúde, na época, atuava sob o regime militar e cuidava da saúde pública, que seguia um modelo preventivo, porém, campanhista, focado apenas no controle de endemias. De fato, a Reforma Sanitária partiu de movimentos populares e de profissionais e técnicos da saúde.

Alternativa B: INCORRETA. O financiamento do SUS foi uma das questões mais relevantes abordadas dentro da Reforma.

Alternativa C: INCORRETA. A reforma foi um processo gestado aqui no Brasil, motivado pelas desigualdades sociais que se aprofundaram a partir da ditadura e também da ausência de uma política pública de saúde que abrangesse todos os aspectos do processo saúde e doença, bem como as demandas da população.

Alternativa D: INCORRETA. A ideia era estabelecer a saúde como um direito de todo cidadão, bem como garantir uma saúde pública, gratuita e de qualidade.

Alternativa E: CORRETA. A partir do movimento de Reforma Sanitária, foi possível inserir, na Constituição Federal de 1988, o artigo 196, que estabelece que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”³.

CONSTITUIÇÃO FEDERAL

07 (RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ÁREA DE SAÚDE - RESIDÊNCIA EM PSICOLOGIA CLÍNICA E SAÚDE MENTAL - SESAB/BA CEREMAPS, EESP E FUNDAÇÃO CEFETBAHIA - 2014) Sobre a Seção II (Da Saúde), situada no Capítulo II (Da Seguridade Social) e no Título VIII (Da Ordem Social), da Constituição Federal de 1988, analise as afirmativas abaixo, identificando com V as verdadeiras e com F as falsas.

- () O Sistema Único de Saúde será financiado com recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.
- () É permitida a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos, desde que previstos em lei.
- () Não compete ao Sistema Único de Saúde participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico.
- () As instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

A alternativa que contém a sequência correta, de cima para baixo, é:

- (A) V, F, V, F.
 (B) V, F, F, V.
 (C) F, F, V, V.
 (D) F, V, F, V.
 (E) V, V, F, F.

GRAU DE DIFICULDADE

Assertiva I: CORRETA. Esta afirmativa corresponde ao parágrafo 1º do artigo 198 da Constituição Federal³.

Assertiva II: INCORRETA. De acordo com o artigo 199, parágrafo 2º da Constituição Federal, "é vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções a instituições privadas com fins lucrativos"³.

Assertiva III: INCORRETA. Participar da formulação e execução das ações de saneamento básico constitui-se em uma das atribuições do SUS, conforme preconiza a Constituição Federal, em seu artigo 200, inciso IV³.

Assertiva IV: CORRETA. A afirmativa corresponde ao parágrafo 1º do artigo 199, da Constituição Federal³.

Resposta: (B)

08 (RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ÁREA DE SAÚDE - UFPA/PA - CEPS - 2015) A Direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o Inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida, no âmbito dos (da):

- (A) União, Estado e Municípios, pelo Ministério da Saúde.
 (B) Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou Órgão equivalente.
 (C) Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou Órgão equivalente e Ministério Público.
 (D) Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou Órgão equivalente e Controle Social.
 (E) Estados, do Distrito Federal e do Município pelo Ministério da Saúde.

GRAU DE DIFICULDADE

DICA DO AUTOR: conforme estabelece o artigo 198, inciso I da Constituição Federal, mencionada no artigo, o SUS é um sistema único, composto por todas as ações e serviços de saúde, organizados em uma rede hierarquizada e regionalizada. Entretanto, a gestão dessa rede deve ser descentralizada, com direção única em cada esfera de governo. Isso equivale a dizer que, na União, a gestão de saúde compete ao Ministério da Saúde, nos Estados, às Secretarias Estaduais de Saúde, e nos Municípios, às Secretarias Municipais de Saúde.

Alternativa A: INCORRETA. O Ministério da Saúde é o gestor em nível nacional do SUS. Os estados e municípios possuem gestão própria.

Alternativa B: CORRETA. Essa alternativa corresponde ao artigo 198, inciso I, da Constituição Federal³.

Alternativa C: INCORRETA. A gestão de saúde não compete ao Ministério Público. Um dos papéis do Ministério Público é o de fiscalizar o cumprimento da lei, podendo ser acionado em caso de irregularidades no cumprimento às leis que regem a saúde no Brasil.

Alternativa D: INCORRETA. O controle social é uma das diretrizes do SUS e prevê a participação popular na fiscalização e execução das ações de saúde, através dos Conselhos e Conferências de Saúde.

Alternativa E: INCORRETA. Quem exerce a gestão da saúde no município é a Secretaria Municipal de Saúde, e não o Ministério da Saúde.

09 (RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE - FEEVALE/RS - 2014) Em relação às previsões constitucionais sobre o direito à saúde, fazem-se as seguintes afirmações.

- I. De acordo com o artigo 198 da Constituição Federal, as ações e serviços públicos e privados de saúde integram uma única rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único.
- II. Ainda de acordo com o artigo 198 da Constituição Federal, parágrafo 1º, uma vez que o SUS passou por processo de municipalização, a fonte de custeio do sistema será municipal, podendo haver repasses federais.
- III. A execução de serviços e ações de saúde, quando prestada por terceiros, não poderá ser feita por pessoa física, apenas por pessoa jurídica devidamente contratada por licitação, sob pena de infração ao artigo 197.
- IV. É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos, conforme o artigo 199, parágrafo 2º.

Marque a alternativa correta.

- (A) apenas as assertivas I, II e III estão corretas.
 (B) apenas as assertivas II e IV estão corretas.
 (C) apenas as assertivas I, III e IV estão corretas.
 (D) apenas a afirmação I está correta.
 (E) apenas a afirmação IV está correta.

GRAU DE DIFICULDADE



Assertiva I: INCORRETA. O art. 198, da Constituição Federal de 1988, estabelece que os serviços públicos de saúde, e não privados, é que constituem uma única rede regionalizada e hierarquizada de serviços e ações em saúde³.

Assertiva II: INCORRETA. O financiamento do SUS é feito com recursos do orçamento da Seguridade Social, tanto da União como dos Estados, Distrito Federal e Municípios, além de outras fontes, conforme o art. 198 da Constituição Federal, parágrafo 1º.³

Assertiva III: INCORRETA. O art. 197 da constituição estabelece que “são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado”³.

Assertiva IV: CORRETA. A afirmativa corresponde ao que é disposto no parágrafo 2º do artigo 199, da Constituição Federal.

10 (RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE - FEEVALE/RS - 2014) Em relação às disposições constitucionais acerca do direito à saúde e do funcionamento do SUS, considere verdadeiras (V) ou falsas (F) as proposições que seguem.

- | | |
|-----|---|
| () | A comercialização de sangue e derivados é permitida apenas entre bancos de sangue. |
| () | A fiscalização e a inspeção de alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano, é de competência exclusiva do Ministério da Agricultura, aplicando as Instruções Normativas elaboradas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). |
| () | Em conformidade com o artigo 200, compete ao SUS, dentre outras atribuições, participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos. |

Marque a alternativa que preenche corretamente os parênteses, de cima para baixo.

- (A) V - F - V.

- Ⓐ F - F - V.
- Ⓑ V - V - F.
- Ⓒ F - F - F.
- Ⓓ V - V - V.

GRAU DE DIFICULDADE

Assertiva I: INCORRETA. Na Constituição Federal, art. 199, parágrafo 4º, estabelece que “a lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização”³. Portanto, não é permitida a comercialização de sangue entre bancos de sangue.

Assertiva II: INCORRETA. O art. 200, inciso VI, da Constituição Federal estabelece que uma das atribuições do SUS é “fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano”³. Portanto, não seria atribuição do Ministério da Agricultura.

Assertiva III: CORRETA. São atribuições do SUS, segundo a Constituição Federal, art. 200, parágrafo VII.

Resposta: Ⓑ

11 (UEPA - PROGRAD/DAA - 2012) Segundo a Constituição Federal de 1988, a assistência à saúde é:

- Ⓐ prestada apenas pelo setor público.
- Ⓑ representada pelo Estado.
- Ⓒ prestada mediante a participação social.
- Ⓓ vetada à iniciativa privada.
- Ⓔ livre à iniciativa privada.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: INCORRETA. A Constituição Federal permite que a iniciativa privada preste assistência à saúde. No entanto, coloca ressalvas à participação da assistência privada no SUS, que deve ocorrer de forma complementar, mediante convênio e privilegiando as instituições filantrópicas, sem fins lucrativos. Também é vedada a destinação de recursos públicos para a subvenção de instituições privadas e também

que donos de instituições privadas de saúde participem da gestão do SUS.

Alternativa B: INCORRETA. A assistência à saúde no SUS é dever do Estado, sendo gerida e executada por este. O Estado não representa a iniciativa privada, por exemplo.

Alternativa C: INCORRETA. A participação social é um dos princípios do SUS. No entanto, esse princípio não é extensivo às ações de saúde da iniciativa privada.

Alternativa D: INCORRETA. De acordo com a Constituição Federal³, a assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Alternativa E: CORRETA. A alternativa corresponde ao texto constitucional.

12 (UEPA - PROGRAD/DAA - 2012) A participação da comunidade no SUS, incorporada como diretriz na Constituição Federal de 1988, deve ser entendida como:

- Ⓐ movimento sanitário.
- Ⓑ um processo abrangente de participação direta da sociedade nos processos políticos do país.
- Ⓒ Reforma Sanitária.
- Ⓓ a criação dos Conselhos Federal, Estaduais e Municipais de Saúde.
- Ⓔ o envolvimento da comunidade nos processos de execução das ações de saúde.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: INCORRETA. O movimento sanitário deu origem à Reforma Sanitária, responsável pelo estabelecimento da saúde como direito constitucional e por estabelecer bases para o surgimento do SUS.

Alternativa B: INCORRETA. A participação comunitária no SUS implica na participação dos usuários do SUS nos Conselhos e Conferências de Saúde, com o objetivo de fiscalizar a execução das ações de saúde, propor mudanças e melhorias e fiscalizar o cumprimento do orçamento de saúde.

Alternativa C: INCORRETA. A Reforma Sanitária foi um movimento popular, que começou na época da ditadura, com o agravamento das desigualdades sociais e com a ausência de uma política pública de atenção à saúde, e que cul-

minou na inserção no texto constitucional, da saúde como um direito de todos. A partir disso, o SUS foi regulamentado na década de 1990.

Alternativa D: INCORRETA. Além da criação dos Conselhos de Saúde, nos três níveis de governo, foram criadas também as Conferências de Saúde.

Alternativa E: CORRETA. A alternativa corresponde à noção de participação social.

LEI Nº 8.080/90 E Nº 8.142/90

13 (RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE - FEEVALE/RS - 2014) Em relação ao campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido no artigo 6º da Lei nº 8.080/90, considere verdadeiras (V) ou falsas (F) as proposições que seguem:

| | |
|-----|---|
| () | Cabe ao SUS o incremento do desenvolvimento científico e tecnológico, em sua área de atuação. |
| () | A formulação e execução da política de sangue e seus derivados compete ao SUS. |
| () | A fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano está excluída da competência do Sistema Único de Saúde, competindo ao Ministério da Agricultura. |

Marque a alternativa que preenche corretamente os parênteses, de cima para baixo.

- (A) V - V - F.
- (B) F - F - V.
- (C) V - V - V.
- (D) F - V - F.
- (E) V - F - F.

GRAU DE DIFICULDADE

DICA DO AUTOR: a Lei nº 8.080/90 institui e regulamenta o SUS, sendo que o artigo 6º, referido na questão, estabelece as ações que são da competência desse sistema.

Assertiva I: CORRETA. O inciso X do artigo referido no enunciado estabelece que, no campo de atuação do SUS, está incluído o “incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico”⁴.

Assertiva II: CORRETA. O inciso XI do artigo 6º da lei referida na questão, estabelece como compe-

tência do SUS a formulação e execução da política de sangue e hemoderivados.

Assertiva III: INCORRETA. No mesmo artigo da referida lei, o inciso VIII estabelece como competência do SUS a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano.

14 (UEPA - PROGRAD/DAA - 2012) Os níveis de saúde da população expressam o(a) os(as):

- (A) aspectos das políticas econômicas.
- (B) condições de trabalho e renda da população.
- (C) fatores que determinam a saúde e a doença
- (D) condições de saneamento básico no território.
- (E) organização social e econômica do país.

GRAU DE DIFICULDADE

DICA DO AUTOR: de acordo com a Lei nº 8.080/90, em seu artigo 3º, “os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do país”⁴.

Alternativa A: INCORRETA. A Lei nº 8.080/90 estabelece que o dever do Estado é garantir saúde na forma de políticas econômicas e sociais que melhorem as condições de saúde da população. No entanto, não relaciona aspectos dessas políticas aos níveis de saúde da população.

Alternativa B: INCORRETA. As condições de trabalho e renda da população são descritos na referida lei, como fazendo parte dos determinantes e condicionantes de saúde.

Alternativa C: INCORRETA. Os fatores determinantes de saúde e doença, e também os condicionantes, estão descritos na lei, mas os níveis de saúde da população estão relacionados ao grau de organização social e política do país.

Alternativa D: INCORRETA. As condições de saneamento também são consideradas como um dos condicionantes e determinantes de saúde.

Alternativa E: CORRETA. A alternativa corresponde ao artigo 3º da Lei nº 8.080/90.

15 (UEPA - PROGRAD/DAA - 2012) Entre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), aquele que trata o usuário do SUS como um ser

participativo no processo saúde-doença, integral e capaz de promover a saúde é:

- (A) a participação da comunidade.
- (B) a descentralização.
- (C) a atenção integral.
- (D) a universalidade.
- (E) a equidade.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: CORRETA. O princípio da participação comunitária coloca o usuário do SUS como participante ativo do seu cuidado e do processo de fiscalização das ações em saúde, bem como do uso dos recursos de saúde, através da participação nas instâncias de controle social, que são os Conselhos e as Conferências de Saúde.

Alternativa B: INCORRETA. A descentralização, enquanto diretriz do SUS, tem a ver com a gestão, que passa a contar com gestor único em cada esfera de governo. Esta diretriz não se relaciona diretamente com o usuário.

Alternativa C: INCORRETA. A atenção integral é “entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”⁴. Portanto, relaciona-se mais com o tipo de cuidado prestado aos usuários, do que com o modo como se concebe os mesmos.

Alternativa D: INCORRETA. A universalidade trata do acesso universal aos serviços de saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer natureza.

Alternativa E: INCORRETA. A equidade prevê uma distribuição justa de recursos de saúde àquelas populações que apresentem maiores vulnerabilidades e demandas.

16 (UEPA - PROGRAD/DA - 2012) A participação da comunidade no SUS, incorporada como diretriz na Constituição Federal de 1988, deve ser entendida como:

- (A) movimento sanitário.
- (B) um processo abrangente de participação direta da sociedade nos processos políticos do país.
- (C) Reforma Sanitária.

- (D) a criação dos Conselhos Federal, Estaduais e Municipais de Saúde.
- (E) o envolvimento da comunidade nos processos de execução das ações de saúde.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: INCORRETA. O movimento sanitário deu origem à Reforma Sanitária, responsável pelo estabelecimento da saúde como direito constitucional e por estabelecer bases para o surgimento do SUS.

Alternativa B: INCORRETA. A participação comunitária no SUS implica na participação dos usuários do SUS nos Conselhos e Conferências de Saúde, com o objetivo de fiscalizar a execução das ações de saúde, propor mudanças e melhorias e fiscalizar o cumprimento do orçamento de saúde.

Alternativa C: INCORRETA. A Reforma Sanitária foi um movimento popular, que começou na época da ditadura, com o agravamento das desigualdades sociais e com a ausência de uma política pública de atenção à saúde, e que culminou na inserção no texto constitucional, da saúde como um direito de todos. A partir disso, o SUS foi regulamentado na década de 1990.

Alternativa D: INCORRETA. Além da criação dos Conselhos de Saúde, nos três níveis de governo, foram criadas também as Conferências de Saúde.

Alternativa E: CORRETA. A alternativa corresponde à noção de participação social.

17 (RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE - FEEVALE/RS - 2014) Assinale a alternativa correta no que se refere aos princípios e diretrizes do SUS, conforme previstos no artigo 7º da Lei 8.080/90.

- (A) ênfase na centralização dos serviços nos grandes centros urbanos.
- (B) universalidade de acesso ao sistema apenas nos serviços de emergência.
- (C) centralização político administrativa.
- (D) preferência para assistência de pessoas com baixa renda.
- (E) utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: INCORRETA. O artigo 7º da Lei nº 8.080/1990⁴, em seu inciso IX, explicita que a descentralização político-administrativa deve ser estabelecida na gestão do SUS, mais especificamente a descentralização dos serviços para os municípios (alínea a). Esse mesmo parágrafo ainda prega a existência de um gestor em cada esfera de governo.

Alternativa B: INCORRETA. A alternativa é falsa, uma vez que a universalidade é um dos princípios do SUS, que deve ser estabelecido para todos os níveis de atenção, não apenas para a emergência, conforme o inciso I do art. 7º da referida lei⁴.

Alternativa C: INCORRETA. Como já dito anteriormente, o SUS prevê uma descentralização político-administrativa, com gestor único em cada esfera de governo, conforme o art. 7º, inciso IX d Lei nº 8.080⁴.

Alternativa D: INCORRETA. De acordo com o art. 7º da Lei nº 8.080/90⁴, inciso IV, deve haver igualdade na assistência à saúde, sem privilégios de qualquer espécie.

Alternativa E: CORRETA. Esta alternativa corresponde ao inciso VII do artigo 7º da Lei nº 8.080⁴.

18 (RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE/ SAÚDE DA FAMÍLIA - PUC/SP - 2015) O Sistema Nacional de Vigilância em Saúde é coordenado pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) no âmbito nacional e é integrado pelos seguintes subsistemas: a) subsistema nacional de vigilância epidemiológica, de doenças transmissíveis e de agravos e doenças não transmissíveis; b) subsistema nacional de vigilância em saúde ambiental, incluindo ambiente de trabalho. Sobre a Vigilância Epidemiológica, pode-se afirmar que:

(A) é um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde decorrentes da circulação e produção de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde.

(B) desenvolve estatísticas epidemiológicas para doenças que acometem a população, priorizando as relacionadas às transmitidas por vetores como mosquitos e ratos.

(C) busca a detecção dos fatores determinantes do ambiente que interferem na saúde humana, principalmente os relacionados à qualidade da água, ar e solo.

(D) trata-se de um conjunto de atividades destinadas à promoção e proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

(E) é o conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: INCORRETA. A alternativa refere-se à definição de vigilância sanitária, pela Lei de nº 8.080/90, em seu artigo 6º, § 1º, que estabelece que a “vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde”⁴.

Alternativa B: INCORRETA. As ações de vigilância epidemiológica englobam qualquer agravo à saúde individual ou coletiva.

Alternativa C: INCORRETA. A alternativa define o objetivo da vigilância ambiental em saúde e não da vigilância epidemiológica.

Alternativa D: INCORRETA. De acordo com o parágrafo 3º, do artigo 6º da Lei nº 8.080/90⁴, esta seria a definição de saúde do trabalhador.

Alternativa E: CORRETA. De acordo com a Lei nº 8.080/90, em seu art. 6º parágrafo 2º, a vigilância epidemiológica é definida como “um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”⁴.

19 (RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE - UFU - 2014) O dever do Estado de garantir a saúde não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade. A afirmativa acima é correta, porque a organização da atenção do Sistema Único de Saúde (SUS):

- (A) decorre apenas de recursos da União.
- (B) decorre apenas dos recursos da União, dos Estados e dos Municípios, mas não do orçamento da Seguridade Social.
- (C) garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.
- (D) considera a construção de autonomia dos sujeitos como uma das finalidades do trabalho em saúde.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: INCORRETA. O financiamento do SUS é decorrente do Fundo Nacional de Saúde, mas também de verbas estaduais e municipais.

Alternativa B: INCORRETA. De acordo com a Constituição Federal, em seu artigo 198, parágrafo 1º,³ o SUS deverá ser financiado com recursos da Seguridade Social, União, Estados, Distrito Federal e municípios.

Alternativa C: INCORRETA. A garantia de igualdade na assistência é uma premissa do SUS, mas a responsabilidade dos indivíduos pela própria saúde não se relaciona diretamente com esse princípio.

Alternativa D: CORRETA. O SUS, apesar de atribuir ao Estado o papel de garantir a saúde da população, através da formulação e execução de políticas econômicas e sociais que favoreçam condições mais dignas de existência, não alienam os indivíduos da responsabilidade do cuidado à saúde nem veta ações da sociedade civil e das empresas que contribuam para a saúde da população em geral.

20 (UFMA - NEC - 2012) Não é de competência do Sistema Único de Saúde (SUS):

- (A) participar do controle e fiscalização de produção, transporte, guarda e utilização de substâncias de produtos psicoativos, tóxicos e radiológicos.

- (B) comercializar órgãos, tecidos e substâncias para fins de transplantes, pesquisas e tratamentos.
- (C) incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico.
- (D) ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde.
- (E) controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativas A, C, D e E: INCORRETAS. Todas correspondem a atribuições do SUS, definidas na Lei nº 8.080/90⁴.

Alternativa B: CORRETA. No caso, a alternativa é incorreta. É proibida a comercialização de órgãos e tecidos no Brasil.

21 (UFMA - NEC - 2012) Segundo a Lei Orgânica de Saúde, de setembro de 1990, que dispõe sobre o Sistema Único de Saúde, não é da competência do nível municipal:

- (A) normalizar a vigilância sanitária dos portos, aeroportos e fronteiras.
- (B) planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde.
- (C) executar serviços de vigilância epidemiológica.
- (D) gerir laboratórios públicos e hemocentros.
- (E) controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde.

GRAU DE DIFICULDADE

DICA DO AUTOR: as atribuições do gestor municipal estão definidas no artigo 18º da Lei nº 8.080/90⁴.

Alternativa A: CORRETA. Aos municípios caberia “colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras”⁴. A normalização ficaria por conta do governo federal.

Alternativas B, C, D e E: INCORRETAS. Todas correspondem a atribuições dos municípios na gestão do SUS.

22 (RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE/ SAÚDE DA FAMÍLIA - PUC/SP - 2015) De acordo com a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, entende-se por saúde do trabalhador um conjunto de atividades que se destina à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde de trabalhadores. Sobre o assunto, considere as seguintes ações:

- I. Assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional.
- II. Avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho.
- III. Definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços de saúde do comércio.
- IV. Avaliação do impacto que as políticas públicas provocam na saúde.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), são pertinentes aos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho as ações discriminadas somente em:

- (A) I e II.
- (B) II e III.
- (C) I e IV.
- (D) I e III.
- (E) III e IV.

GRAU DE DIFICULDADE

Assertiva I: CORRETA. A afirmativa corresponde ao inciso I do parágrafo 3º do art. 6º da Lei nº 8.080/90⁴.

Assertiva II: CORRETA. Ainda no parágrafo 3º, do artigo 6º da referida lei, seu segundo inciso prevê a participação no âmbito do SUS em “estudos, pesquisas, avaliação e controle de riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho”⁴.

Assertiva III: INCORRETA. O inciso VI, que consta no parágrafo 3º, artigo 6º da referida lei⁴ aborda a participação do SUS na fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas, mas não especificamente no comércio.

Assertiva IV: INCORRETA. A lei prevê a avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde, mas não cita avaliação dos impactos das políticas públicas.

Resposta: (A)

23 (UFAL/AL - 2015 - RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE/SAÚDE DO ADULTO E IDOSO) De acordo com o art. 7º, da Lei nº 8.080/1990, são princípios do SUS:

- (A) direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública.
- (B) utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador.
- (C) integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública.
- (D) utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde.
- (E) utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde.

GRAU DE DIFICULDADE

DICA DO AUTOR: de acordo com Vasconcelos e Pasche⁵, um princípio seria uma proposição diretora que rege uma política; já uma diretriz seria uma linha reguladora, um conjunto de instruções ou indicações para a execução de uma determinada política. No caso do SUS, os princípios fundamentais que orientam a sua construção são: universalidade, equidade e integralidade. Já as diretrizes são: a Descentralização, Regionalização, Hierarquização e Participação Comunitária, todas estabelecidas pelo artigo 7º da Lei nº 8.080/90⁴.

Alternativa A: INCORRETA. Uma das diretrizes do SUS é justamente a descentralização, que seria a municipalização da gestão, com um gestor único em cada esfera de governo. Tal diretriz está prevista no inciso IX, do artigo 7º da Lei nº 8.0804.

Alternativa B: INCORRETA. A universalidade no acesso SUS é um princípio estabelecido no inciso I do art. 7º da Lei nº 8.080/90⁴ e diz respeito ao direito à saúde e ao acesso a todos os serviços, sem discriminação. Portanto, não se restringe apenas aos serviços de emergência, mas sim a todos os serviços de assistência à saúde.

Alternativa C: INCORRETA. Como já dito anteriormente, uma das diretrizes do SUS é a descentralização da gestão, com gestor único em cada esfera de governo.

Alternativa D: INCORRETA. O SUS foi criado a partir do reconhecimento da saúde como um direito constitucional de todos os cidadãos brasileiros. Sendo assim, não deve haver preferência por um segmento da população, mas atendimento a todos os cidadãos, indiscriminadamente.

Alternativa E: CORRETA. De acordo com o inciso VII do art. 7º da Lei nº 8.080/90⁴, a epidemiologia deve ser utilizada para a alocação de recursos, orientação programática e estabelecimento de prioridades no SUS. A epidemiologia é uma ciência que estuda os fatores relacionados com a difusão e propagação das doenças, seus modos de incidência e evolução e bem como a organização dos recursos para a prevenção. Através da epidemiologia podem-se estabelecer perfis de morbidade de uma determinada população, o que permite uma maior racionalidade na alocação dos serviços e ações relacionadas com a saúde.

24 (RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE - FEEVALE/RS - 2014) Acerca da participação da comunidade na gestão do SUS, em conformidade com a Lei nº 8.142/90, é correto afirmar que:

- (A) o regulamento interno dos Conselhos Municipais de Saúde será determinado por lei federal e será o mesmo para todos os municípios do país.
- (B) os Conselhos de Saúde não possuem caráter deliberativo.
- (C) apenas os usuários do SUS poderão integrar o Conselho de Saúde.
- (D) o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.
- (E) o Conselho de Saúde possui caráter temporário, reunindo-se uma vez a cada ano e sendo dissolvido após a convocação anual.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: INCORRETA. De acordo com o parágrafo 5º do art. 1º da Lei nº 8.142/90, “os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho”⁶.

Alternativa B: INCORRETA. Os Conselhos de Saúde possuem um caráter permanente e deliberativo, tendo como função “a deliberação, fiscalização, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas de saúde”⁶.

Alternativa C: INCORRETA. Os Conselhos de Saúde devem ser compostos não apenas por usuários, mas por representantes do governo, prestadores de serviço, usuários e profissionais de saúde, conforme o parágrafo 2º do art. 1º da Lei nº 8.142/90⁶.

Alternativa D: CORRETA. Conforme o parágrafo 3º do art. 1º da Lei nº 8.142/90⁶, tanto o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde quanto o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde deverão ter representação no Conselho Nacional de Saúde.

Alternativa E: INCORRETA. O Conselho de Saúde tem caráter permanente e organiza reuniões mensais para a discussão de pautas relativas à suas atribuições.

25 (RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE/ SAÚDE DA FAMÍLIA - PUC/SP - 2015) Trata-se de diretrizes do SUS:

- (A) organizar a assistência dos serviços de saúde de públicos e privados.
- (B) integralidade e universalidade da assistência na atenção básica.
- (C) viabilizar a duplicidade de serviços com mesmos fins para facilitar acesso.
- (D) promover, prevenir e recuperar saúde de indivíduos que comprometam a saúde do coletivo.
- (E) integralidade da assistência, organização dos serviços públicos de saúde e universalidade de acesso aos serviços da saúde.

GRAU DE DIFICULDADE

DICA DO AUTOR: as diretrizes do SUS foram estabelecidas pela Lei nº 8.080/90⁴.

Alternativa A: INCORRETA. Ao SUS cabe a organização dos serviços públicos. Em relação aos serviços privados, a lei só estabelece a liberdade destes para prestar serviços de saúde e a possibilidade de estabelecer convênios com o SUS, para oferecer alguns serviços, de forma complementar.

Alternativa B: INCORRETA. A universalidade e integralidade são princípios do SUS e norteiam desde a atenção básica até as ações de média e alta complexidade.

Alternativa C: INCORRETA. A duplicidade de serviços deve ser evitada, ao invés de viabilizada. Para melhorar o acesso, o SUS vem trabalhando com o fortalecimento da atenção básica, que é a porta de entrada preferencial no sistema.

Alternativa D: INCORRETA. O SUS deve promover, prevenir e recuperar a saúde de todos os indivíduos, não só daqueles que venham a comprometer a saúde coletiva, uma vez que a saúde é um direito de todo cidadão, estabelecido pela Constituição Federal.

Alternativa E: CORRETA. A alternativa corresponde às diretrizes do SUS.

26 (RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE/ SAÚDE DO ADULTO E IDOSO - UFAL/AL - 2015) Segundo a Lei nº 8.142/1990, art. 4º, para o recebimento dos recursos, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

- (A) Conselho de Saúde, com composição paritária; plano de saúde; relatórios de gestão; planejamento ascendente e participativo.
- (B) Fundo de Saúde; Conselho de Saúde, com composição paritária; plano de saúde; relatórios de gestão; contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento; planejamento ascendente e participativo.
- (C) Fundo de Saúde; Conselho de Saúde, com composição paritária; plano de saúde; relatórios de gestão; contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento; Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS).
- (D) Conselho de Saúde, com composição paritária; plano de saúde; relatórios de gestão; contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento; Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS).
- (E) Fundo de Saúde; Conselho de Saúde, com composição paritária; plano de saúde; relatórios de gestão; contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento.

GRAU DE DIFICULDADE

DICA DO AUTOR: O art. 4º da Lei nº 8.142/90 prevê que, para o recebimento de recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS), os Municípios, Estados e Distrito Federal devem ter: I. fundo de saúde; II. Conselho de Saúde com composição paritária; III. plano de saúde; IV. relatórios de gestão, que permitam o controle; V. contrapartida de recursos para a saúde nos respectivos orçamentos; e VI. Comissão para Elaboração do Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS), previsto a prazo de dois anos de sua implantação⁶.

Alternativa A: INCORRETA. Na alternativa em questão, estão ausentes o Fundo de Saúde, a Comissão para Elaboração do PCCS e a contrapartida de recursos para a saúde nos respectivos orçamentos. Além disso, o planejamento ascendente e participativo não é condição para o recebimento da verba do FNS.

Alternativa B: INCORRETA. A alternativa não menciona a Comissão para Elaboração do PCCS e também inclui o planejamento ascendente e participativo que, como já dito anteriormente, não é condição para o recebimento de verbas federais.

Alternativa C: CORRETA. Corresponde aos pré-requisitos para recebimento de verbas do FNS, previsto no art. 4º da Lei nº 8.142/90⁶.

Alternativa D: INCORRETA. Na alternativa não está mencionado o Fundo de saúde.

Alternativa E: INCORRETA. A alternativa não menciona a Comissão para Elaboração do PCCS.

27 (RESIDÊNCIA EM SAÚDE DO IDOSO - PUC/RS - 2015) A equidade é um princípio fundamental do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse princípio pressupõe:

- (A) disponibilização de recursos de forma justa, de acordo com as necessidades de cada indivíduo.
- (B) articulação de diferentes setores na resolução dos problemas no cotidiano da gestão.
- (C) atenção focada no indivíduo, família, comunidade e profissionais de saúde.
- (D) transferência de responsabilidade de gestão para os municípios, atendendo determinações legais.
- (E) nenhuma das afirmativas corresponde a este princípio.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: CORRETA. A alternativa define a noção de equidade.

Alternativa B: INCORRETA. Esta alternativa não se relaciona ao princípio da equidade. De acordo com Vasconcelos e Pasche, o princípio da equidade "justifica a prioridade na oferta de ações e serviços aos segmentos populacionais que enfrentam os maiores riscos de adoecer e morrer em decorrência da desigualdade na distribuição de renda, bens e serviços"⁵.

Alternativa C: INCORRETA. Esta alternativa não se relaciona ao princípio da equidade.

Alternativa D: INCORRETA. Esta alternativa refere-se ao conceito de descentralização político-administrativa, que é uma das diretrizes do SUS, mas não ao princípio da equidade.

Alternativa E: INCORRETA. A alternativa A corresponde ao princípio da equidade, como já foi explicado.

28 (RESIDÊNCIA EM SAÚDE DO IDOSO - PUC/RS - 2015) Com relação às disposições da Lei nº 8.080/90, considere as seguintes afirmativas:

- I. A alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais são fatores determinantes e condicionantes do estado de saúde de uma população;
- II. As ações previstas em lei devem ser praticadas pela iniciativa pública, ficando vetada a participação da iniciativa privada em qualquer instância;
- III. A saúde é um direito fundamental do ser humano e é um dever das pessoas, da família, das empresas e da sociedade prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício;
- IV. O Estado deve garantir a saúde a partir da execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças.

Assinale a alternativa correta:

- (A) somente a assertiva II é verdadeira
- (B) somente a assertiva III é verdadeira
- (C) somente as assertivas I e IV são verdadeiras
- (D) somente as assertivas I e III são verdadeiras
- (E) somente as assertivas II e III são verdadeiras

GRAU DE DIFICULDADE

Assertiva I: CORRETA. Tal afirmativa corresponde ao artigo 3º da Lei nº 8.080/90⁴, que salienta ainda que os níveis de saúde de uma população são o reflexo da organização social e econômica de um país.

Assertiva II: INCORRETA. Conforme o parágrafo 2º do artigo 4º da Lei nº 8.080/90⁴, a iniciativa privada poderá participar do SUS, no entanto, essa participação se dá em caráter complementar.

Assertiva III: INCORRETA. Na verdade, o dever de promover condições para o exercício do direito à saúde é do Estado prioritariamente, como estabelece o parágrafo primeiro do artigo 2º da Lei nº 8.080/90⁴. O dever do Estado não exclui a família, as empresas e a sociedade civil, conforme o segundo parágrafo do artigo su-

praticado. A alternativa é incorreta, pois não menciona o Estado.

Assertiva IV: CORRETA. De acordo com o parágrafo primeiro do art. 2º da Lei nº 8.080/90 “o dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação”⁴.

Resposta: (C)

29 (RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA - HOSPITAL SANTA MARCELINA - VUNESP - 2014) Um dos aspectos referentes à integralidade é:

- (A) o predomínio das atividades desenvolvidas nas visitas domiciliares.
- (B) a necessidade de pouca adesão dos pacientes e suas famílias.
- (C) a multidisciplinaridade da equipe de saúde, com preponderância da atuação do médico e do enfermeiro.
- (D) o conceito amplo de saúde em que necessidades biopsicossociais, culturais e subjetivas são reconhecidas.
- (E) a característica do cuidado, que pode ser obtida plenamente por meio somente dos serviços públicos de saúde.

GRAU DE DIFICULDADE

DICA DO AUTOR: de acordo com a Lei nº 8.080/90, no seu art. 7º, parágrafo II, a integralidade na assistência à saúde pode ser entendida como “um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”⁴. De acordo com Vasconcelos e Pasche⁵, o princípio da integralidade incorpora na assistência à saúde as várias dimensões do processo saúde-doença, pressupondo a ação conjunta de serviços que englobam a promoção, proteção, cura e a reabilitação da saúde.

Alternativa A: INCORRETA. As visitas domiciliares têm como função avaliar e monitorar as condições de saúde das famílias dos territórios

cobertos pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e dos Agentes Comunitários de Saúde. São ações desenvolvidas, portanto, no nível da Atenção Primária à Saúde. A integralidade, como já dito, envolve não só a Atenção Primária, mas todos os níveis de complexidade do sistema de saúde.

Alternativa B: INCORRETA. A pouca adesão das famílias, que são alvo do cuidado à saúde, não é desejável em nenhum procedimento de atenção à saúde. Independentemente do nível de complexidade, a participação das famílias como agentes de cuidado é fundamental.

Alternativa C: INCORRETA. Os modos de atuação de uma equipe de saúde podem variar de acordo com a forma como profissionais de diferentes expertises atuam e compartilham saberes e práticas relacionadas à sua área de atuação. Em uma equipe multidisciplinar, temos profissionais de diferentes especialidades, atuando isoladamente frente a um mesmo caso, sem compartilhar práticas e conhecimentos. Tal modo de funcionamento da equipe não é desejável, quando se pensa em atenção integral ao sujeito, especialmente se uma das especialidades assume uma postura hierarquicamente superior.

Alternativa D: CORRETA. O princípio da integralidade está pautado na compreensão da complexidade dos processos de saúde-doença, em suas dimensões físicas, psicológicas e sociais e envolvendo seus determinantes e condicionantes. Além de englobar a ideia de que o cuidado à saúde deve ser contínuo e envolver a promoção de bem-estar e qualidade de vida, ao invés de apenas tratar a doença.

Alternativa E: INCORRETA. O cuidado pleno à saúde é algo desejável pelo SUS, mas não se restringe apenas a ele.

30 (RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE - INCA/RJ - BIO RIO CONCURSOS - 2014) A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

De acordo com a referida lei, o Sistema Único de Saúde (SUS) contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder

Legislativo, com duas instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. Em relação a essa Lei, NÃO é correto afirmar que:

- (A) a Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.
- (B) o Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.
- (C) a representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e nas Conferências de Saúde será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.
- (D) as Conferências de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde.

GRAU DE DIFICULDADE

DICA DO AUTOR: aqui a alternativa a ser assinalada é a incorreta! Atenção a esse aspecto!

Alternativa A: INCORRETA. No caso, a afirmativa é verdadeira e corresponde ao parágrafo primeiro do inciso II do art. 1º da Lei nº 8.142/90⁶.

Alternativa B: INCORRETA. A afirmativa em questão está correta, correspondendo ao parágrafo 2º, inciso II do artigo 1º da Lei nº 8.142/90⁶.

Alternativa C: INCORRETA. De acordo com a Lei nº 8.142/90⁶, os usuários de saúde terão representação paritária nos Conselhos e Conferências de Saúde, portanto, a afirmativa está correta.

Alternativa D: CORRETA. A alternativa em questão está incorreta, uma vez que o regimento das Conferências e Conselhos de Saúde deverá ser aprovado pelos respectivos Conselhos e não pelo Conselho Federal de Saúde.

31 (RESIDÊNCIA EM PSICOLOGIA CLÍNICA E SAÚDE MENTAL - SESAB/BA - CEREMAPS, EESP E FUNDAÇÃO CEFETBAHIA - 2014) Analise as assertivas abaixo sobre as disposições da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e identifique com V as verdadeiras e com F as falsas:

- () O Sistema Único de Saúde (SUS) contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: Conferência de Saúde e Conselhos Intergestores.
- () Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) alocados como cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, às coberturas assistencial, ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.
- () Para receberem os recursos de que trata essa lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar somente com: Fundo de Saúde, Plano de Saúde e Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS).
- () Os municípios não poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde.

A alternativa que contém a sequência correta, de cima para baixo, é:

- (A) F, V, F, F.
 (B) V, V, V, F.
 (C) F, V, V, V.
 (D) F, F, F, V.
 (E) V, F, F, F.

GRAU DE DIFICULDADE

Assertiva I: INCORRETA. De acordo com a Lei nº 8.142/90⁶, as instâncias colegiadas presentes em cada esfera de governo são as Conferências e os Conselhos de Saúde.

Assertiva II: CORRETA. Tal afirmativa está prevista no parágrafo único do art. 2º da Lei nº 8.142/90⁶.

Assertiva III: INCORRETA. Segundo o art. 4º da referida lei, para recebimentos de recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS), os Estados, Municípios e Distrito Federal deverão ter: Fundo de Saúde, Conselho de Saúde, plano de saúde, relatórios de gestão que permita o contro-

le, contrapartida de recursos nos respectivos orçamentos e Comissão para Elaboração do Plano de Carreira Cargos e Salários (PCCS)⁶. A afirmativa não menciona três desses pré-requisitos: os Conselhos de Saúde, a contrapartida e os relatórios de gestão.

Assertiva IV: INCORRETA. A referida lei permite que os municípios formem consórcios para execução de ações e serviços de saúde, conforme estabelecido pelo artigo 3º, parágrafo terceiro⁶.

Resposta: (A)

32 (RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ÁREA DE SAÚDE - UFPA/PA - CEPS - 2015) Um dos Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) é o(a):

- (A) integralidade de assistência, entendida como o acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência.
- (B) universalidade, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços curativos, coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.
- (C) Conselho de Saúde.
- (D) descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo.
- (E) universalidade, entendida como igualdade da assistência à saúde sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: INCORRETA. A noção de integralidade, estabelecida na referida lei, diz respeito não ao acesso aos diversos níveis do serviço de saúde, mas ao fornecimento de ações e serviços de saúde que englobem desde a promoção da saúde até a reabilitação desta. O princípio definido nessa alternativa seria o de universalidade.

Alternativa B: INCORRETA. A universalidade é o acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência. A definição trazida na alternativa, na verdade, refere-se ao princípio da integralidade.

Alternativa C: INCORRETA. O Conselho de Saúde é uma instância colegiada, estabelecida pela Lei nº 8.142/90⁶, que tem como função a formulação de estratégias e o controle da execução da política de saúde. Não seria, portanto, um princípio ou diretriz do SUS.

Alternativa D: CORRETA. A descentralização político-administrativa é uma diretriz do SUS, prevista no art. 7º, inciso IX⁴.

Alternativa E: INCORRETA. A alternativa traz o conceito de equidade e não de universalidade.

33 (RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ÁREA DE SAÚDE - UFPA/PA - CEPS - 2015) A Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990, institui que:

- (A) a representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será indicada pelo secretário de saúde.
- (B) as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e suas normas de funcionamento definidas em nível federal.
- (C) o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.
- (D) a Conferência de Saúde reunir-se-á a cada dois anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.
- (E) o Conselho de Saúde, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua, em caráter permanente e não deliberativo, na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. As decisões desse Conselho serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: INCORRETA. De acordo com a referida lei, a participação dos usuários deverá ser paritária, ou seja, 50% dos membros devem ser compostos por representantes de entidades e dos movimentos sociais de usuários do SUS.

Alternativa B: INCORRETA. As normas das Conferências e Conselhos de Saúde são definidas em regimento próprio e não em nível federal.

Alternativa C: CORRETA. Essa alternativa refere-se ao parágrafo 3º do artigo primeiro da referida lei⁶.

Alternativa D: INCORRETA. A Conferência de Saúde deve ser reunir a cada quatro anos, de acordo com a Lei nº 8.142/90⁶.

Alternativa E: INCORRETA. O Conselho de Saúde tem caráter permanente e deliberativo.

34 (RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ÁREA DE SAÚDE - UFPA/PA - CEPS - 2015) Com relação às atribuições comuns no âmbito administrativo, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios estabelecidas na Lei Orgânica de Saúde, é correto afirmar:

- (A) controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde.
- (B) participar das ações de controle e avaliar as condições e do ambiente de trabalho.
- (C) controlar as ações da atenção básica de saúde dos hospitais universitários e de ensino.
- (D) executar ações de vigilância sanitária e epidemiológica, utilizando serviços públicos e privados, quando necessário.
- (E) elaborar normas técnicas e estabelecer padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde.

GRAU DE DIFICULDADE



Alternativa A: INCORRETA. De acordo com a Lei nº 8.080/90, essa ação seria de competência apenas dos municípios, e não comum às três esferas, como menciona a questão. No entanto, seria atribuição comum às três esferas a “elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública”, conforme estabelecido no art. 15, inciso XI⁴.

Alternativa B: INCORRETA. Essa atribuição é de competência da gestão estadual, não sendo uma atribuição comum às três esferas de governo. Compete às três esferas a “elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para a promoção da saúde do trabalhador”⁴.

Alternativa C: INCORRETA. As ações de Atenção Básica à Saúde são ações com caráter de promoção e prevenção, além de acompanhamento e monitoramento dos problemas de saúde de um determinado território. Já nos hospitais acontecem ações de cura e reabilitação da saú-

de, através de procedimentos de média e alta complexidade. Além desse equívoco na alternativa, não é atribuição comum às três esferas de governo o controle das ações desenvolvidas pelos hospitais de ensino. Na verdade, de acordo com o artigo 45 da Lei nº 8.080/90, os hospitais universitários e de ensino participam do SUS por meio de convênio, estando preservada sua autonomia administrativa em relação a aspectos como: patrimônio, recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão⁴.

Alternativa D: INCORRETA. Não se trata de uma atribuição comum às três esferas. Em relação à vigilância sanitária e epidemiológica, União, Estados, municípios e Distrito Federal têm papéis diferentes, porém complementares. Caberia à União: definir e coordenar os sistemas de vigilância epidemiológica e sanitária (art. 16, inciso III, alíneas c e d, da Lei nº 8.080/90⁴), coordenar e participar na execução de ações de vigilância epidemiológica (art. 16, inciso VI⁴), estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e municípios (art. 17, inciso VII⁴). Já aos municípios, compete executar os serviços de vigilância epidemiológica e sanitária, e colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância de portos, aeroportos e fronteiras (art. 18, incisos IV e IX⁴). Ressalta-se que ao Distrito Federal cabem as atribuições reservadas aos estados e municípios (art. 19⁴).

Alternativa E: CORRETA. Essa alternativa corresponde ao art. 15, inciso V da Lei nº 8.080/90, seção I “Atribuições comuns”⁴.

35 (RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ÁREA DE SAÚDE - UFPA/PA - CEPS - 2015) Segundo a Lei Orgânica de Saúde no 8.080, de 19 de setembro de 1990, o conjunto de ações e serviços que constitui o Sistema Único de Saúde:

- (A) é exclusividade das instituições públicas federais.
- (B) é exclusividade das instituições públicas estaduais e municipais.
- (C) é exclusividade das instituições públicas estaduais e federais.

- Ⓓ inclui instituições públicas federais, estaduais, municipais e complementares ofertados pela iniciativa privada.
- Ⓔ é exclusividade das instituições públicas.

GRAU DE DIFICULDADE

DICA DO AUTOR: conforme a Lei Orgânica da Saúde⁴, o SUS é constituído pelo “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, de administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público” (art. 4), sendo que a iniciativa privada pode participar do SUS, mas em caráter complementar.

Resposta: Ⓓ

36 (RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM TERAPIA INTENSIVA DO ADULTO - UEPI/PI - 2014) A equidade, um dos princípios do SUS, ainda é uma meta distante no nosso sistema de saúde, devido:

- Ⓐ à dificuldade de acesso da maioria da população aos serviços de saúde.
- Ⓑ ao difícil acesso dos cidadãos de raça negra à atenção à saúde.
- Ⓒ à oferta generalizada de serviços de Atenção Primária.
- Ⓓ ao acesso desigual a medicamentos para tratamento.
- Ⓔ ao acesso amplo a práticas preventivas de saúde.

GRAU DE DIFICULDADE

DICA DO AUTOR: o princípio da equidade tem uma relação com o princípio da justiça, reconhecendo que, para atender demandas de diferentes grupos sociais, devemos disponibilizar mais recursos àqueles que possuem as maiores demandas, para que, assim, todos possam ser atendidos, efetivando assim o princípio da universalidade. A construção da equidade, de acordo com o Ministério da Saúde, “consiste, basicamente, em investir na oferta de serviços a grupos populacionais com acesso e utilização insuficientes, entre outros mecanismos, sem reprimir a demanda de serviços necessários a segmentos e grupos que já têm o acesso garan-

tido”⁷⁷. Portanto, o desafio de atingir à equidade como meta tem a ver com a oferta de serviços e, conseqüentemente, com a dificuldade de acesso da população a estes.

Alternativa A: CORRETA. A alternativa corresponde ao principal desafio ao cumprimento do princípio da equidade pelo SUS.

Alternativa B: INCORRETA. A dificuldade de acesso não está limitada apenas à população negra.

Alternativa C: INCORRETA. A oferta generalizada de serviços de atenção básica em saúde, desde que priorizasse os grupos com maiores demandas, seria desejável ao cumprimento do princípio da equidade.

Alternativa D: INCORRETA. A equidade não está relacionada apenas à distribuição de medicamentos, mas a todos os níveis de atenção à saúde.

Alternativa E: INCORRETA. O acesso amplo às práticas preventivas seria desejável para se conseguir atingir o princípio da equidade, desde que respeitadas as prioridades em relação a demandas e carência de recursos na população.

37 (RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ÁREA DE SAÚDE - UFPA/PA - CEPS - 2015) Assinale a alternativa correta:

- Ⓐ a Participação Social no SUS é um princípio doutrinário e está assegurada na Constituição Federal e nas Leis Orgânicas da Saúde (nº 9.090/90 e nº 8.142/90).
- Ⓑ o Ministério da Saúde, junto com os Estados, deve formular diretrizes de cooperação técnica para a gestão do trabalho no SUS.
- Ⓒ as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde devem envidar esforços para a criação ou para o fortalecimento de estruturas de recursos humanos, objetivando cumprir um papel indutor de mudanças, tanto no campo da gestão do trabalho quanto no campo da educação na saúde.
- Ⓓ o Conselho Estadual de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características demográficas da população.
- Ⓔ os serviços de saúde dos hospitais universitários e dos de ensino servem exclusivamente para atender ao alunado.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: INCORRETA. A princípio, há um equívoco em relação a uma das Leis Orgânicas da Saúde, que é de nº 8.080/90 e não nº 9.090/90, como está na questão. Além disso, das leis orgânicas de saúde, é a Lei nº 8.142/90 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, via Conselhos e Conferências de Saúde.

Alternativa B: INCORRETA. De acordo com o Pacto de Gestão do SUS, que integra o Pacto pela Saúde (Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006)⁸, caberia apenas ao Ministério da Saúde formular as diretrizes de cooperação técnica para a gestão de trabalho no SUS.

Alternativa C: CORRETA. A alternativa corresponde ao disposto no Pacto de Gestão do SUS.

Alternativa D: INCORRETA. De acordo com o artigo 37 da Lei nº 8.080/90⁴, cabe ao Conselho Nacional de Saúde, não ao Estadual, como se refere a questão, a elaboração de diretrizes para os planos de saúde, de modo que se respeite a diversidade existente entre os municípios.

Alternativa E: INCORRETA. De acordo com a Lei nº 8.080/90⁴, os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino deverão integrar-se ao SUS, mediante convênio, preservada a autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados, conforme o artigo 45. Desse modo, os hospitais universitários e de ensino prestam atendimento a toda a população, não apenas ao alunado.

38 (UEPI - NUCEP - 2014) A percepção da saúde de como direito de cidadania é um dado novo na história das políticas sociais brasileiras. Nesse contexto, a noção de saúde tende a ser percebida como:

- (A) conjunto de condições coletivas de existência com qualidade de vida.
- (B) expressão de decisão e gestão exclusiva do Estado.
- (C) visão medicalizada da saúde de forma globalizada.
- (D) compreensão da saúde como um estado biológico
- (E) estado de ausência de patologia.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: CORRETA. O reconhecimento da saúde de como direito de todos se deu com a Constituição Federal de 1988. A partir daí, o SUS foi consolidado e regulamentado através das Leis Orgânicas da Saúde, as Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90. A Lei nº 8.080/90 traz um conceito ampliado de saúde, reconhecendo o dever do Estado de promover políticas econômicas e sociais que melhorem as condições de vida das pessoas, e definindo os determinantes e condicionantes da saúde, que são fatores como: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, esporte e lazer⁴.

Alternativa B: INCORRETA. Ao Estado cabe a gestão da saúde pública, mas a assistência à saúde também é livre à iniciativa privada.

Alternativa C: INCORRETA. A concepção de saúde como direito está aliada ao entendimento da saúde em suas dimensões físicas, psicológicas e sociais.

Alternativa D: INCORRETA. A saúde não é considerada apenas em sua dimensão biológica.

Alternativa E: INCORRETA. Saúde não significa ausência de doença, mas sim bem-estar físico, psicológico e social.

39 (UEPI - NUCEP - 2014) Os preceitos do SUS de universalização, integralidade e hierarquização visam à reestruturação do sistema da saúde. Com relação aos cidadãos, estes preceitos implicam na:

- (A) satisfação das necessidades assistenciais no nível primário de atenção à saúde.
- (B) comprovação do local de moradia para ter acesso à assistência médica.
- (C) contribuição à Previdência Social para ter acesso à assistência médica.
- (D) utilização de diferentes níveis hierarquizados de atenção à saúde.
- (E) suplementação dos custos dos serviços prestados.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: INCORRETA. As necessidades de saúde dos usuários do serviço devem ser atendidas não apenas no nível primário, mas também nos níveis mais especializados.

Alternativa B: INCORRETA. A saúde é organizada de modo a, em seu nível primário, atender as demandas e necessidades de saúde dos usuários em seu próprio território. Isso não significa que a pessoa precisa comprovar o local de moradia para ser atendida, e sim que, a depender do local de moradia ela estará vinculada a uma equipe de saúde da família específica e, caso apresente uma demanda que não seja contemplada em seu território, ela será encaminhada a outros locais, dependendo das pactuações feitas entre o município que reside e demais municípios ou estados.

Alternativa C: INCORRETA. A saúde é um direito de todos os cidadãos, e não apenas dos que contribuem para a Previdência, mas a assistência à saúde mediante contribuição previdenciária ocorria antes da saúde ser considerada como direito constitucional.

Alternativa D: CORRETA. A saúde, quando reconhecida como direito e a partir da implantação do SUS, passou a ser organizada em uma rede hierarquizada, composta dos níveis primário, secundário e terciário.

Alternativa E: INCORRETA. De acordo com o princípio da integralidade, a assistência à saúde envolve desde ações de promoção e prevenção, até ações de proteção, cura e reabilitação, incluindo assistência farmacêutica.

40 (RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE - EESP/BA - 2016) Quando transcorridos mais de 20 anos de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, o governo federal aprovou o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Sobre a organização do SUS e o planejamento da saúde, de acordo com o Decreto nº 7.508/2011, é correto afirmar que:

- (A) o processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível federal ao local.
- (B) o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela rede hospitalar e ambulatorial especializada.
- (C) as instituições das Regiões de Saúde não precisam mais observar o cronograma pactuado nas Comissões Intergestores dos entes federativos.
- (D) os serviços de atenção hospitalar e os ambulatoriais especializados, entre outros de

maior complexidade e densidade tecnológica, passaram a ser “porta de entrada” principal do sistema de saúde municipal.

(E) o contrato organizativo da ação pública da saúde fica instituído, permitindo se firmar acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: INCORRETA. O planejamento ascendente, por princípio, é realizado sempre do nível local para o nível nacional. De acordo com o artigo 15º do referido decreto “ O processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros”²².

Alternativa B: INCORRETA. No SUS, o acesso aos serviços de saúde deve acontecer pelas portas de entrada do serviço, sendo a principal a atenção básica, por meio da Estratégia de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde. Outras portas de entrada são: a atenção de urgência e emergência, de atenção psicossocial e portas de entrada especiais de acesso aberto²².

Alternativa C: INCORRETA. De acordo com o artigo 5º, parágrafo único, do referido decreto, “a instituição das Regiões de Saúde observará cronograma pactuado nas Comissões Intergestores”²². Portanto, a afirmativa é falsa.

Alternativa D: INCORRETA. Como já explicitado anteriormente, as portas de entrada do SUS são, basicamente: a atenção primária, a atenção de urgência e emergência, a atenção psicossocial e as portas de entrada essenciais de acesso aberto.

Alternativa E: CORRETA. A alternativa corresponde ao artigo 2º, inciso II do referido decreto.

NOB 06/96

41 (RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE/ SAÚDE DA FAMÍLIA - PUC/SP - 2015) No SUS, compete ao gestor estadual:

- (A) mediar a relação entre os sistemas municipais.

- ⓑ tarefas de harmonização, de integração, sendo a de modernização dos sistemas municipais de competência federal.
- ⓒ auditar os prestadores de serviços de saúde municipais.
- ⓓ prestar apoio técnico aos municípios e financiar 100% das ações de saúde.
- ⓔ acompanhar, controlar e avaliar a produção das Equipes de Saúde da Família.

GRAU DE DIFICULDADE

DICA DO AUTOR: de acordo com a Norma Operacional Básica 01/96 do SUS, conhecida como NOB 96⁹, que define e regulamenta a gestão do SUS pelas três esferas de governo, são estabelecidas quatro competências básicas para o gestor estadual: 1) exercer a gestão do SUS, no âmbito estadual; 2) promover as condições e incentivar o poder municipal para que este assuma a gestão da atenção à saúde no município, na perspectiva da atenção integral; 3) gestão, em caráter transitório, da atenção em saúde dos municípios que ainda não assumiram para si a responsabilidade da gestão, sendo que esse papel nunca deve ser de caráter complementar ou concorrente e, por fim; 4) promover a integração, harmonização e modernização dos sistemas municipais de saúde. Além disso, o Estado tem como função a mediação dos sistemas municipais, que consistem na pactuação feita entre os municípios que permitem que estabelecimentos de saúde de um município ofereçam atendimento a moradores de outro.

Alternativa A: CORRETA. A mediação dos sistemas municipais é função do gestor estadual, de acordo com a NOB 96⁹.

Alternativa B: INCORRETA. Tanto a harmonização e integração quanto a modernização dos sistemas municipais são da competência do gestor estadual.

Alternativa C: INCORRETA. De acordo com a NOB 96⁹, a gestão da saúde do município é de competência do gestor municipal, mesmo que a gerência do estabelecimento seja estadual, federal ou filantrópica. Sendo gerência compreendida como “a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação etc.), que se caracteriza como prestador de serviços ao Sistema”⁹, enquanto a gestão “é a atividade e a responsabilidade de dirigir

um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria”⁹. Portanto, a auditoria dos prestadores de serviço municipais é uma atividade de gestão, da competência do município.

Alternativa D: INCORRETA. O Estado deve prestar apoio técnico aos municípios, porém, o financiamento das ações de saúde envolve tanto o governo federal quanto o estadual e municipal.

Alternativa E: INCORRETA. As Equipes de Saúde da Família atuam no município, portanto, as funções de acompanhamento, controle e avaliação da produção das equipes cabem ao município.

42 (RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM TERAPIA INTENSIVA DO ADULTO - UEPI/PI - 2014) A organização dos serviços de saúde baseia-se na legislação do SUS, que prevê como competência dos municípios a prestação de:

- Ⓐ atendimento primário e secundário às parturientes e vigilância à saúde, cabendo aos níveis estaduais os programas de saúde coletiva e ao nível federal o atendimento hospitalar altamente especializado.
- Ⓑ cuidados médico-hospitalar e médico individual, em todos os níveis de complexidade, delegando aos governos estaduais os programas de saúde coletiva.
- Ⓒ serviços de emergência médica, delegando ao nível federal a execução de programas de saúde coletiva e o atendimento altamente especializado.
- Ⓓ serviços de saúde coletiva em conjunto com o setor privado, delegando a responsabilidade da assistência hospitalar aos convênios de saúde.
- Ⓔ serviços de atendimento à saúde da população, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado.

GRAU DE DIFICULDADE

DICA DO AUTOR: é importante lembrar que a gestão da execução dos serviços de saúde no município, em todos os níveis de complexidade, compete ao município. Mesmo que o serviço de saúde seja privado, filantrópico ou pertencente

ça ao Estado ou à União, e tenha uma gerência própria, estes deverão ficar sob a gestão municipal.

Alternativa A: INCORRETA. Mesmo que o município possua ações em saúde nos três níveis de complexidade, a execução cabe ao município e não ao Estado ou União.

Alternativa B: INCORRETA. Os programas de saúde coletiva não são delegados ao Estado.

Alternativa C: INCORRETA. O município não delega ações de saúde aos estados ou governo federal. A execução das ações de saúde é gerida pelo próprio município.

Alternativa D: INCORRETA. Como citado anteriormente, o município cuida da execução das ações de saúde em diversos níveis. A assistência hospitalar não é responsabilidade dos planos de saúde, uma vez que, por lei, a iniciativa privada participa de modo complementar às ações de saúde^{3,4}, e não participam da gestão destas.

Alternativa E: CORRETA. A alternativa define corretamente a competência do município na execução e gestão das ações e serviços de saúde, bem como o papel do Estado e governo federal.

43 (RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE - SECRETARIA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO - CONUPE/UAUPE - 2016) As Normas Operacionais Básicas definem as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que estados e municípios possam assumir as responsabilidades dentro do Sistema Único de Saúde. A Norma Operacional Básica do Sistema de Saúde (NOBSUS/96) promoveu um avanço no processo de:

- (A) constituição das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite como importantes espaços de negociação, pactuação, articulação, integração entre gestores.
- (B) definição do papel dos Estados de forma frágil e, mesmo assim, passam a assumir o papel de gestor do sistema estadual de saúde.
- (C) modificação do sistema de pagamento aos prestadores de serviços, com a implementação do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).
- (D) descentralização, criando novas condições de gestão, caracterizando as responsabilidades

sanitárias do município pela saúde de seus cidadãos e redefinindo competências de estados e municípios.

- (E) habilitação dos municípios como gestores.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: INCORRETA. As Comissões Intergestoras Bipartites (CIB) e Tripartites (CIT) foram instituídas pela NOB 01/93.

Alternativa B: INCORRETA. A NOB 06/96 tem como finalidade “promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípes”, além de redefinir a responsabilidade dos Estados, Distrito Federal e União, de forma a consolidar os princípios do SUS. A alternativa está incorreta ao afirmar que o papel do estágio é definido de forma frágil e mencionar um sistema estadual de saúde, quando na NOB só temos o sistema municipal.

Alternativa C: INCORRETA. O SIA/SUS foi criado em 1992 e implantado a partir de 1994, pelas secretarias estaduais de saúde. Ou seja, essa modificação foi anterior à NOB 06/96.

Alternativa D: CORRETA. A alternativa corresponde à finalidade da NOB 06/96 e também às suas principais conquistas.

Alternativa E: INCORRETA. Esse processo foi iniciado na NOB 01/93, onde houve habilitação dos municípios nas condições de gestão criadas na época (incipiente, parcial e semiplena).

44 (UFMA - NEC - 2012) Em relação às Normas Operacionais Básicas (NOBs), é incorreto afirmar:

- (A) são instrumentos de regulação do processo de descentralização.
- (B) normatizam a transferência de serviços, responsabilidades, poder e recursos da união para estados e municípios.
- (C) possuem diferenças no contexto de sua elaboração.
- (D) não possuem caráter transitório.
- (E) aprofundam e reorientam a implementação do Sistema Único de Saúde.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: INCORRETA. A alternativa é correta. As NOBs regulamentam o processo de descentralização da gestão do SUS.

Alternativa B: CORRETA. As normas operacionais redefinem o papel e as responsabilidades dos Estados, Municípios e União na gestão do SUS. Não há transferência de responsabilidades, como afirma a alternativa, que está incorreta.

Alternativa C: INCORRETA. O contexto e a própria evolução do SUS acabam por demandar aprimoramentos nas próprias normas operacionais, portanto, a alternativa é correta.

Alternativa D: INCORRETA. A alternativa é correta, as NOBs têm caráter permanente.

Alternativa E: INCORRETA. A alternativa é correta, visto que as NOBs buscaram uma reorientação do SUS e seu aperfeiçoamento.

45 (UFMA - NEC - 2012) O Plano Diretor de Regionalização (PDR), deverá ser elaborado na perspectiva de garantir:

- (A) programas de erradicação da pobreza.
- (B) eliminação do trabalho infantil.
- (C) o acesso aos cidadãos, o mais próximo possível de sua referência, a um conjunto de ações e serviços.
- (D) diminuição das desigualdades sociais.
- (E) programas de erradicação da fome.

GRAU DE DIFICULDADE

DICA DO AUTOR: o Plano Diretor de Regionalização foi instituído pela NOAS/01¹⁰, sendo o principal instrumento da regionalização da saúde, pois define as regionais ou distritos de saúde, bem como as pactuações entre os municípios para a prestação de assistência à saúde.

Alternativa A: INCORRETA. O referido programa está ligado ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS).

Alternativa B: INCORRETA. O Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) também é uma ação do MDS.

Alternativa C: CORRETA. A alternativa expressa o objetivo da regionalização da atenção à saúde.

Alternativa D: INCORRETA. A diminuição das desigualdades sociais é foco das políticas sociais como um todo, não apenas das políticas de saúde.

Alternativa E: INCORRETA. O programa de erradicação da fome está ligado ao Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, não ao SUS.

46 (UFMA - NEC - 2012) A Norma Operacional Básica do Sistema de Saúde Único de Saúde (SUS) tem como finalidade primordial:

- (A) utilização em casos de calamidade pública.
- (B) harmonização de interesses regionais e municipais.
- (C) normalizar diretrizes para celebração de contratos celebrados pelo poder público.
- (D) desenvolver mecanismos de prevenção das doenças.
- (E) promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: INCORRETA. A NOB 096⁹ é um instrumento regulatório do SUS, faz parte da legislação, isso significa que seu uso não se restringe a tempos de calamidade.

Alternativa B: INCORRETA. A NOB 096⁹ tem como função a redefinição de responsabilidades entre União, Estados e Municípios na gestão do SUS, para que estes alcancem a plena gestão.

Alternativa C: INCORRETA. As diretrizes da NOB 096⁹ versam sobre as pactuações entre estados e municípios para a oferta de serviços de saúde à população.

Alternativa D: INCORRETA. Esta não é a função da NOB 096⁹.

Alternativa E: CORRETA. A alternativa corresponde à finalidade da NOB 096⁹.

PACTO PELA SAÚDE

47 (RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ÁREA DE SAÚDE - UFPA/PA - CEPS - 2015) Em "Das Diretrizes para a Gestão do SUS", que estabelece o aprofundamento do processo de descentralização, com ênfase na descentralização compartilhada, são fixadas determinadas premissas, que

devem orientar este processo. Sobre essas premissas, é correto afirmar:

- (A) somente às Comissões Intergestoras Tripartites cabe deliberar.
- (B) o PDR é o principal documento do processo de descentralização do Estado.
- (C) cabem ao Ministério da Saúde e ao Estado a proposição de políticas, participação no cofinanciamento, cooperação técnica, avaliação, regulação, controle e fiscalização, além da mediação de conflitos.
- (D) as Comissões Intergestoras Bipartite são instâncias de pactuação e deliberação para a realização dos pactos intraestaduais e para a definição de modelos organizacionais, a partir de diretrizes e normas pactuadas nas Comissões Intergestoras Tripartites.
- (E) a Comissões Intergestoras Bipartites e o Ministério da Saúde promoverão e apoiarão o processo de qualificação permanente para as Comissões Intergestoras Tripartites.

GRAU DE DIFICULDADE



Alternativa A: INCORRETA. As Comissões Intergestoras Bipartite, compostas pelos gestores estaduais e municipais, também são instâncias de pactuação e deliberação. No entanto, devem seguir as diretrizes e regras propostas pelas Comissões Intergestoras Tripartites.

Alternativa B: INCORRETA. A descentralização do processo de gestão do SUS deve ser orientada pela Regionalização, que tem como principais instrumentos de planejamento o Plano Diretor Regional (PDR), o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI) de atenção à saúde⁸.

Alternativa C: INCORRETA. As ações de proposição de políticas, participação no cofinanciamento, cooperação técnica, avaliação, controle e fiscalização, além da mediação de conflitos, cabem ao Ministério da Saúde e não ao Estado.

Alternativa D: CORRETA. A alternativa corresponde à definição correta das Comissões Intergestoras Bipartites, presentes no Pacto pela Saúde, de 2006⁸.

Alternativa E: INCORRETA. A alternativa contém uma “pegadinha”, no intuito de confundir o candidato. Na verdade, são as Comissões Intergestoras Tripartite e o Ministério da Saúde que devem

promover e apoiar o processo de qualificação permanente das Comissões Intergestoras Bipartites, de acordo com o Pacto Pela Saúde.

48 (RESIDÊNCIA EM SAÚDE DO IDOSO - PUC/RS - 2015) A Participação Social no SUS, princípio doutrinário assegurado na Constituição e nas Leis Orgânicas da Saúde (nº 8.080/90 e nº 8.142/90), é parte fundamental do Pacto pela Saúde. Em relação às ações que devem ser desenvolvidas para fortalecer o processo de Participação Social, dentro desse Pacto, analise:

- I. Apoiar a implantação e implementação de ouvidorias nos municípios e estados, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS.
- II. Estimular a participação e avaliação dos cidadãos nos serviços de saúde.
- III. Apoiar os processos de educação popular na saúde, para ampliar e qualificar a participação social no SUS.

Assinale a(s) alternativa(s) correta(s):

- (A) I, II e III.
- (B) I, apenas.
- (C) I e II, apenas.
- (D) I e III, apenas.
- (E) II e III, apenas.

GRAU DE DIFICULDADE



DICA DO AUTOR: nesta questão há uma discordância entre o gabarito oficial, no qual a resposta seria a alternativa C, e a nossa visão sobre a questão, que indica como verdadeira a alternativa A. No Pacto pelo SUS, as diretrizes para o fortalecimento da participação social aparecem de forma mais específica no Pacto de Gestão, no item que trata da participação e controle social, sendo que as ações propostas para fortalecer o processo de participação social são: apoiar os Conselhos de Saúde, as Conferências de Saúde e os movimentos sociais que atuam no campo da saúde, com vistas ao seu fortalecimento para que os mesmos possam exercer plenamente os seus papéis; apoiar o processo de formação dos conselheiros; estimular a participação e avaliação dos cidadãos

nos serviços de saúde; apoiar os processos de educação popular em saúde, para ampliar e qualificar a participação social no SUS; apoiar a implantação e implementação de ouvidorias nos estados e municípios, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS; apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS e na discussão do pacto⁸.

Resposta: (A)

49 (UEPA - PROGRAD/DAE - 2012) São áreas prioritárias propostas pelo Pacto pela Vida:

- (A) saúde do idoso; controle do câncer do colo do útero; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de resposta as doenças emergentes e endemias, com ênfase em dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da saúde, fortalecimento da atenção básica.
- (B) saúde da criança; saúde da mulher; saúde do adulto; saúde do idoso, promoção da saúde; fortalecimento da atenção básica; fortalecimento da capacidade de resposta a doenças endêmicas, proteção da saúde.
- (C) capacidade de gestão; redução da mortalidade infantil e materna; saúde da mulher e da criança, promoção e proteção da saúde, vacinação, controle da hanseníase, controle da tuberculose, fortalecimento da rede hospitalar, organização da rede de serviços.
- (D) saúde do idoso; saúde do adulto; controle das doenças emergentes e endêmicas, saúde da mulher, controle do câncer de mama, redução da morbimortalidade, controle das doenças endêmicas, controle do tabagismo.
- (E) saúde do idoso; redução da mortalidade infantil e materna; controle do tabagismo; fortalecimento da gestão do sus; saúde da criança, fortalecimento da capacidade de resposta as doenças emergentes e endemias, com ênfase em dengue, malária e influenza.

GRAU DE DIFICULDADE

DICA DO AUTOR: o Pacto pela Vida é um compromisso entre gestores do SUS em torno de prioridades que representam um impacto na situação de saúde brasileira. Essas prioridades são:

- Saúde do idoso;
- Controle do câncer de mama e colo de útero
- Redução da mortalidade infantil e materna;
- Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza;
- Promoção de Saúde;
- Fortalecimento da atenção básica⁸.

Alternativa A: CORRETA. A alternativa corresponde às seis prioridades do Pacto pela Vida.

Alternativa B: INCORRETA. Saúde da criança e da mulher, proteção à saúde não fazem parte das prioridades do Pacto pela Vida.

Alternativa C: INCORRETA. Capacidade de gestão, saúde da mulher e da criança, vacinação, fortalecimento da rede hospitalar, organização da rede de serviços não estão entre as prioridades do referido Pacto.

Alternativa D: INCORRETA. Saúde do adulto, saúde da mulher, redução da morbimortalidade, controle do tabagismo não são prioridades desse Pacto. O controle das doenças emergentes e endêmicas e controle das doenças endêmicas, citados na questão, referem-se apenas à dengue, tuberculose, hanseníase, malária e influenza. O controle do câncer de mama é uma das prioridades, mas junto com o controle do câncer de colo de útero.

Alternativa E: INCORRETA. Controle do tabagismo e fortalecimento da gestão do SUS não fazem parte das prioridades listadas no Pacto pela Vida.

50 (RESIDÊNCIA EM SAÚDE DO IDOSO - PUC/RS - 2015) Com relação à Portaria GM/MS nº 325, de 21 de fevereiro de 2008, que trata do Pacto pela Saúde, marque V ou F:

() O Pacto pela Vida reforça no SUS o movimento da gestão pública por resultados, estabelece um conjunto de compromissos sanitários considerados prioritários, pactuado de forma tripartite, a ser implementado pelos entes federados. Esses compromissos deverão ser efetivados pela rede do SUS, de forma a garantir o alcance das metas pactuadas.

| | |
|-----|---|
| () | O Pacto pela Vida contém os seguintes objetivos e metas prioritárias: atenção à saúde do idoso; controle do câncer de colo de útero e de mama; redução da mortalidade infantil e materna; e fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, AIDS. |
| () | O Pacto em Defesa do SUS expressa os compromissos entre os gestores do SUS com a consolidação do processo da Reforma Sanitária Brasileira e articula as ações que visem qualificar e assegurar os SUS como política pública. |
| () | O Pacto de Gestão do SUS valoriza a relação solidárias entre gestores, definindo-as diretrizes e responsabilidades, contribuindo para o fortalecimento da gestão, em cada eixo de ação: Descentralização, Regionalização, Financiamento e Planejamento do SUS, Programação Pactuada Integrada (PPI), Regulação da Atenção à Saúde e Regulação Assistencial, Participação e Controle Social, Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. |

- (A) V, F, V, V.
 (B) V, F, F, V.
 (C) V, F, F, F.
 (D) F, V, V, F.
 (E) F, F, V, V.

GRAU DE DIFICULDADE

Assertiva I: CORRETA. De acordo com a lei que estabelece o Pacto pela Saúde, o Pacto pela Vida “está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. Significa uma ação prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados”⁸.

Assertiva II: INCORRETA. Os objetivos e metas do Pacto pela Vida são: saúde do idoso; controle do câncer de mama e do colo do útero; redução da mortalidade infantil e materna fortalecimento da capacidade de resposta a doenças emergentes e endemias, com ênfase na den-

gue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção de saúde e fortalecimento da atenção básica.

Assertiva III: CORRETA. A alternativa refere-se a uma das diretrizes do Pacto em Defesa do SUS, que é “expressar os compromissos entre os gestores do SUS com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, explicitada na defesa dos princípios do Sistema Único de Saúde estabelecidos na Constituição Federal”⁸.

Assertiva IV: CORRETA. A alternativa corresponde às diretrizes e responsabilidades estabelecidas no Pacto de Gestão do SUS.

Resposta: (A)

51 (RESIDÊNCIA EM SAÚDE DO IDOSO - PUC/RS - 2015) Uma das ações estratégicas do Pacto pela Vida é saúde do idoso, assim sendo podemos considerar:

- I. É prioridade implantar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, buscando a atenção integral.
- II. Para efeitos desse Pacto, será considerada idosa a pessoa com 60 anos ou mais.
- III. O trabalho nesta área deve seguir as seguintes diretrizes: promoção do envelhecimento ativo e saudável; estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; a implantação de serviços de atenção domiciliar; o acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco; fortalecimento da participação social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa, entre outras.

- (A) apenas as alternativas I e II estão corretas.
 (B) apenas as alternativas I e III estão corretas.
 (C) apenas as alternativas II e III estão corretas.
 (D) todas as alternativas estão corretas.
 (E) nenhuma das alternativas está correta.

GRAU DE DIFICULDADE

DICA DO AUTOR: o Pacto pela Vida constitui-se de uma série de compromissos sanitários que se expressam através de objetivos e resultados, relativos a questões prioritárias, que são defi-

nidas pelas três esferas de governo, através de uma análise da situação do país. Um dessas prioridades é a implantação da Política Nacional de Saúde do Idoso, sendo considerada idosa a pessoa com 60 anos ou mais. Foram definidas também diretrizes para efetivação dessa política, como: promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; implantação de serviços de atenção domiciliar; o acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco; provimento de recursos capazes de assegurar a qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; o fortalecimento da participação social; a formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; divulgação de informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; promoção e cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde das pessoas idosas e, por fim, apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas⁸.

Resposta: Ⓓ

52 (RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ÁREA DE SAÚDE - CEPS - UFPA/PA - 2015) O Pacto pela Vida é o compromisso entre os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. As prioridades pactuadas são seis:

- Ⓐ saúde do idoso; controle do câncer do colo do útero e da mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da saúde; fortalecimento da atenção básica.
- Ⓑ saúde do idoso; controle do câncer de próstata; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da saúde; fortalecimento da atenção básica e da vigilância sanitária.

Ⓒ saúde do idoso; controle do câncer do colo do útero e da mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; controle do câncer de próstata; fortalecimento da rede cegonha.

Ⓓ saúde do idoso; controle do câncer do colo do útero, da mama e de próstata; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da saúde; fortalecimento da atenção básica.

Ⓔ saúde do idoso e do homem; controle do câncer da mama e da próstata; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da saúde; fortalecimento da atenção básica.

GRAU DE DIFICULDADE

DICA DO AUTOR: em relação ao Pacto pela Vida, um dos componentes do Pacto pela Saúde, são pactuadas seis prioridades: saúde do idoso; controle do câncer de colo de útero e de mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento de capacidade de resposta a doenças emergentes e endemia, com prioridade para a dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção de saúde e fortalecimento da atenção básica⁸.

Resposta: Ⓐ

53 (RESIDÊNCIA EM PSICOLOGIA CLÍNICA E SAÚDE MENTAL - SESAB/BA - CEREMAPS, EESP E FUNDAÇÃO CEFETBAHIA - 2014) O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão - União, Estados e Municípios. Analise as assertivas abaixo e identifique com V as verdadeiras e com F as falsas.

| | |
|-----|---|
| () | O Pacto de Gestão do SUS expressa os compromissos dos gestores do SUS com a consolidação do processo da Reforma Sanitária Brasileira e articula as ações que visem qualificar e assegurar o SUS como política pública. |
| () | O Pacto em Defesa do SUS valoriza a relação solidária entre gestores, definindo suas diretrizes e responsabilidades, contribuindo para a centralização da gestão em cada unidade da federação. |
| () | O Pacto pela Vida reforça no SUS o movimento da gestão pública por resultados, estabelece um conjunto de compromissos sanitários considerados prioritários, pactuado de forma tripartite, a ser implementado pelos entes federados. |
| () | O Pacto pela Saúde tem como objetivo promover a melhoria dos serviços ofertados à população e, bem assim, a garantia de acesso a todos. Sua adesão constitui um processo de cooperação permanente entre os gestores e negociação local, regional, estadual e federal. |

A alternativa que apresenta a sequência correta, de cima para baixo, é:

- (A) V, F, F, V.
- (B) F, F, V, V.
- (C) F, V, V, F.
- (D) V, F, V, F.
- (E) F, V, F, V.

GRAU DE DIFICULDADE



Assertiva I: INCORRETA. Na verdade, a afirmativa refere-se uma das diretrizes do Pacto de Defesa do SUS, que são: “expressar o compromisso entre os gestores de SUS com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, explicitada na defesa dos princípios do Sistema Único de Saúde estabelecidos na Constituição Federal”⁸ e “desenvolver e articular ações, no seu âmbito de competência e em conjunto com os demais gestores, que visem qualificar e assegurar o Sistema Único de Saúde como Política Pública”⁸.

Assertiva II: INCORRETA. O Pacto de Defesa do SUS, na verdade, tem como objetivo o fortalecimento do SUS enquanto uma política pública do Estado, e não de governos, e tem como foco estimular a mobilização social em defesa do SUS. Tem como uma das finalidades centrais

o financiamento do SUS. Já o Pacto de Gestão do SUS é que define responsabilidades entre os entes federados, de forma que se estimule a solidariedade e pactuações entre os gestores, através das Comissões Intergestoras Bipartite e Tripartite. No entanto, o Pacto pela Gestão radicaliza a descentralização da gestão do SUS para os municípios, tendo a Regionalização da atenção à saúde como estratégia primordial.

Assertiva III: CORRETA. De acordo com o Pacto pelo SUS, o Pacto pela Vida “está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação do país e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais”⁸.

Assertiva IV: CORRETA. O Pacto pela Saúde prevê algumas reformas institucionais no SUS, de forma a redefinir o Sistema de Gestão, com vistas a alcançar uma maior eficiência e qualidade de resposta nas ações desempenhadas pelo SUS. Além de redefinir as prioridades de cada esfera de governo de modo a alcançar a equidade das ações de saúde. Portanto, pode-se afirmar que um dos objetivos do Pacto pela Saúde é a melhoria dos Serviços ofertados. A participação dos municípios, estados e governo federal se dá através da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão.

Resposta: (B)

54 (RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ÁREA DE SAÚDE - UFPA/PA - CEPS - 2015) O Pacto de Gestão, uma das três dimensões do Pacto pela Saúde 2006, tem como função:

- (A) definir prioridades estabelecidas por meio de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais.
- (B) elaborar e implementar uma Política de Promoção da Saúde, de responsabilidade dos três gestores.
- (C) estabelecer diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da Descentralização; Regionalização; Financiamento; Planejamento; Programação Pactuada e Integrada (PPI); Regulação; Participação e Controle Social; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.
- (D) desenvolver e articular ações, no seu âmbito de competência e em conjunto com os

demais gestores, que visem qualificar e assegurar o Sistema Único de Saúde como política pública.

Ⓔ expressar os compromissos entre os gestores do SUS com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, explicitada na defesa dos princípios do Sistema Único de Saúde estabelecidos na Constituição Federal.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: INCORRETA. A alternativa traz, na verdade, uma das funções do Pacto pela Vida, que também é um componente do Pacto pela Saúde. No pacto pela vida, são estabelecidas seis prioridades, de acordo com as demandas e fragilidades enfrentadas pelos SUS no Brasil, que são: saúde do idoso; redução do câncer de colo de útero e de mama; redução da mortalidade infantil e materna; enfrentamento de endemias e doenças emergentes, prioritariamente a dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza; promoção de saúde e fortalecimento da atenção básica.

Alternativa B: INCORRETA. Também seria um objetivo do Pacto pela Vida e não do Pacto pela gestão.

Alternativa C: CORRETA. A alternativa traz corretamente todos os objetivos do Pacto de Gestão do SUS.

Alternativa D: INCORRETA. A alternativa traz um objetivo que pertence ao Pacto em Defesa do SUS, que é um pacto que visa a repolitização da saúde e a mobilização para o fortalecimento do SUS como política pública e como direito civil, garantido pela Constituição Federal.

Alternativa E: INCORRETA. Esta alternativa também traz um objetivo do Pacto em Defesa do SUS.

55 (RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ÁREA DE SAÚDE - UFPA/PA - CEPS - 2015) A Regionalização, uma diretriz do Sistema Único de Saúde e um eixo estruturante do Pacto de Gestão, deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores. Seus principais instrumentos de planejamento são: Plano Diretor de Regionalização (PDR); o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação

Pactuada e Integrada (PPI) da atenção à saúde. Quanto ao assunto, é correto afirmar:

Ⓐ o PDI deve expressar os recursos de investimentos para atender às necessidades pactuadas no processo de planejamento regional e estadual.

Ⓑ o PDR deve contemplar as necessidades da área da vigilância em saúde e ser desenvolvido de forma articulada com o processo da PPI.

Ⓒ o PDR e o PDI devem contemplar as necessidades da área da vigilância em saúde e ser desenvolvidos de forma articulada com o processo da PPI.

Ⓓ o PDI deve conter os desenhos das redes regionalizadas de atenção à saúde, organizadas dentro dos territórios das regiões e macrorregiões de saúde, em articulação com o processo da Programação Pactuada e Integrada.

Ⓔ o PDI deve expressar o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde, em suas diferentes formas, em cada estado e no Distrito Federal, objetivando a garantia do acesso, a promoção da equidade, a garantia da integralidade da atenção, a qualificação do processo de descentralização e a racionalização de gastos e otimização de recursos.

GRAU DE DIFICULDADE

DICA DO AUTOR: como dito no enunciado da questão, a Regionalização, ou organização da atenção em regiões de saúde, são recortes territoriais identificados pelos gestores das três esferas de governo como tendo identidades culturais, econômicas e sociais, bem como de redes de comunicação e transportes compartilhadas. O instrumento para alcançar a Regionalização é o PDR, que deve “expressar o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde em suas diferentes formas, em cada estado e Distrito Federal, objetivando a garantia do acesso, a promoção da equidade, a garantia de integralidade da atenção, a qualificação do processo de descentralização e a racionalização dos gastos e otimização dos recursos”⁸. Além disso, o PDR deve conter “os desenhos das redes regionalizadas de atenção à saúde, organizadas dentro dos

territórios das regiões e macrorregiões de saúde, em articulação com o processo da Programação Pactuada e Integrada⁷⁸ ou PPI. Já o PDI deve expressar os recursos de investimentos para atender as necessidades dos processos de pactuação regional e estadual, e ainda, no âmbito regional, refletir as necessidades para se alcançar a suficiência na atenção básica e em parte da atenção de média complexidade de assistência. Além disso, o PDI deve contemplar as necessidades de vigilância em saúde e estar articulado ao PDR e ao PPI.

Alternativa A: CORRETA. O Plano Diretor de Investimento (PDI) deve refletir as necessidades de saúde que fora pactuadas entre os gestores das diferentes esferas de governo.

Alternativa B: INCORRETA. Na verdade, é o PDI que deve contemplar as ações de vigilância em saúde e ser desenvolvido de acordo com o PPI.

Alternativa C: INCORRETA. O PDI deve contemplar as necessidades de vigilância em saúde e ser desenvolvido de acordo com o PDR e com o PPI.

Alternativa D: INCORRETA. A alternativa estaria correta se fizesse referência ao PDR ao invés do PDI, uma vez que é o PDR que deve conter o desenho das regionais de saúde.

Alternativa E: INCORRETA. Do mesmo modo, a alternativa estaria correta se fosse referente ao PDR e não ao PDI.

56 (RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ÁREA DE SAÚDE - UFPA/PA - CEPS - 2015) Com relação às ações do Pacto em Defesa do SUS, é correto afirmar que:

- (A) apoiar a elaboração de propostas de intervenção para a qualificação da atenção às doenças prevalentes.
- (B) ampliar e fortalecer as relações com os movimentos sociais, em especial os que lutam pelos direitos da saúde e cidadania.
- (C) garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde cuja complexidade e contingente populacional transcenda a escala local/municipal.
- (D) apoiar diferentes modos de organização e fortalecimento da atenção básica que considere os princípios da Estratégia de Saúde à Família, respeitando as especificidades loco-regionais.

- (E) garantir a infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para esses serviços.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: INCORRETA. A alternativa corresponde a um dos objetivos e metas para a Redução da Mortalidade Materna e Infantil do Pacto pela Vida.

Alternativa B: CORRETA. O Pacto em Defesa do SUS visa uma mobilização social para reforçar o SUS como uma política do Estado e não de governos, defendendo os princípios estabelecidos na Constituição Federal. Para isso, uma das diretrizes propostas é implementar um projeto permanente de mobilização social em defesa do SUS.

Alternativa C: INCORRETA. A alternativa expressa um dos objetivos da Regionalização, que é a estratégia primordial para a descentralização da gestão em saúde.

Alternativa D: INCORRETA. A alternativa, na verdade, explicita um dos objetivos do Pacto pela Vida, relacionado a uma das suas seis prioridades que é o fortalecimento da atenção básica. Para isso, se estabelece que o fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família é uma estratégia prioritária do fortalecimento da atenção básica.

Alternativa E: INCORRETA. A alternativa contém um objetivo primordial para o fortalecimento da atenção básica no SUS, que está estabelecida no Pacto Pela Vida.

PNAB

57 (UEPA - PROGRAD/DAA - 2012) A atenção básica tem como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) o (a):

- (A) gestão participativa.
- (B) saúde da família.
- (C) participação da comunidade.
- (D) trabalho em equipe.
- (E) integralidade.

GRAU DE DIFICULDADE

DICA DO AUTOR: a Política Nacional da Atenção Básica tem a saúde da família como estratégia prioritária para a expansão e consolidação da atenção básica¹¹.

Alternativa A: INCORRETA. A gestão participativa não é estratégia apenas da atenção básica.

Alternativa B: CORRETA. Corresponde à estratégia prioritária descrita na PNAB.

Alternativa C: INCORRETA. A participação da comunidade é um princípio do SUS, não uma estratégia da atenção básica.

Alternativa D: INCORRETA. O trabalho em equipe é desejável para aumentar a resolutividade da atenção básica, mas não é a estratégia prioritária.

Alternativa E: INCORRETA. A integralidade é uma diretriz que permeia toda a assistência à saúde no SUS. Mas não é a estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção básica.

58 (UNIFAP - 2014) Pode ser entendido no contexto da saúde que a Atenção Primária à Saúde (APS) tem se configurado como espaço fundamental à reorientação do sistema de serviços de saúde por meio da implantação de distritos sanitários e modelos operacionais, oportunizando o conhecimento das necessidades de saúde, bem como o perfil epidemiológico da população, assim, em relação a APS assinale falso (F) ou verdadeiro (V).

() Se identifica a Atenção Primária à Saúde como estratégia para o alcance de Saúde para Todos no ano 2000.

() Se identifica a Atenção Primária à Saúde como nível de atenção em sistema de saúde mais periférico, destinado a uma população que não requer grandes tecnologias na sua aplicação.

() Se identifica a Atenção Primária à Saúde como nível de atenção em sistemas e serviços de saúde onde se faz necessário diversos saberes e integração de ações individuais e coletivas, preventivas e curativas, assistenciais e educativas.

Qual a sequência correta:

- (A) V, V, V.
- (B) F, F, V.
- (C) V, F, F.

(D) V, F, V.

(E) F, V, V.

GRAU DE DIFICULDADE

Assertiva I: CORRETA. Isso aconteceu na I Conferência Mundial de Cuidado Primário à Saúde, organizada pela OMS, em Alma-Ata, Cazaquistão, no ano de 1978.

Assertiva II: INCORRETA. As necessidades de saúde atendidas na atenção básica são por muitas vezes complexas e requerem ações individuais e coletivas, por parte dos profissionais, e também ações preventivas e curativas.

Assertiva III: CORRETA. A alternativa define a atuação na atenção básica.

Resposta: (D)

59 (RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE - FEEVALE/RS - 2014) Assinale a resposta correta acerca da Política Nacional de Atenção Básica.

(A) a Política Nacional de Atenção Básica no Brasil se baseia, entre outros pressupostos, na centralização máxima desse nível de atenção.

(B) a atenção básica é considerada a porta preferencial de acesso ao SUS.

(C) os determinantes e condicionantes de saúde das coletividades serão observados apenas na formulação das políticas de saúde de média e alta complexidade.

(D) a equipe de saúde não deve estar limitada a um determinado território.

(E) dentre as técnicas utilizadas na atenção básica, deve-se observar a desvinculação dos usuários do SUS com as equipes de saúde, devendo haver rotatividade nos atendimentos.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: INCORRETA. A atenção básica, assim como todo o SUS, é organizada sob a diretriz da descentralização. Isso é ainda mais importante na atenção básica, pois a função é prestar assistência às pessoas em seus territórios.

Alternativa B: CORRETA. A atenção básica é considerada como a porta preferencial de entrada no SUS, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)¹¹.

Alternativa C: INCORRETA. Uma das diretrizes organizativas da PNAB é ter um território adscrito, para que, a partir daí, se desenvolvam ações que atuem sobre os condicionantes e determinantes de saúde daquele território específico.

Alternativa D: INCORRETA. Como foi dito anteriormente, a territorialidade é fundamental na organização da atenção básica, sendo cada equipe responsável por um território específico e um número determinado de famílias.

Alternativa E: INCORRETA. A vinculação das equipes de saúde com os usuários do serviço é um ponto-chave da atenção básica, que garante a integralidade e continuidade dos atendimentos à saúde daquela população.

60 (RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE/ SAÚDE DA FAMÍLIA - PUC/SP - 2015) Conforme as diretrizes e normas para a Organização de Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), é correto afirmar que:

- (A) o valor do incentivo financeiro para o Agente Comunitário da Saúde é de um salário mínimo, podendo ser acrescido conforme a produção registrada do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAb).
- (B) os recursos repassados pelo gestor federal às Equipes de Saúde da Família são oriundos da Anvisa.
- (C) não existe incentivo financeiro federal para as equipes de saúde bucal ou da saúde integral.
- (D) o valor mínimo per capita do Piso da Atenção Básica (PAB fixo) corresponde a R\$ 1.300,00/habitante por ano.
- (E) a responsabilidade financeira com o setor saúde é das três esferas de governo.

GRAU DE DIFICULDADE



DICA DO AUTOR: As diretrizes e normas para a Organização de Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), mencionadas no enunciado da questão, equivale à Política Nacional de Atenção Básica, sendo que sua versão mais recente se encontra na Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011¹¹.

Alternativa A: INCORRETA. De acordo com a referida portaria, os valores dos incentivos financeiros

repassados aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são calculados com base no número de ACS registrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira, além de uma parcela extra, no último trimestre de cada ano¹¹.

Alternativa B: INCORRETA. Os recursos repassados pelo governo federal às Equipes de Saúde da Família, na realidade, são oriundos do Fundo Nacional de Saúde.

Alternativa C: INCORRETA. Os profissionais da Equipe de Saúde Bucal (ESb) são vinculados às Equipes de Saúde da Família (ESF). Desse modo, está previsto por lei que as ESFs que contam com uma Equipe de Saúde Bucal têm incentivo financeiro federal, repassado a cada mês, e que tem como base a modalidade específica dos profissionais da ESB (I, II ou III), e também da modalidade específica que ESF à qual os profissionais de saúde bucal estejam vinculados.

Alternativa D: INCORRETA. O valor do PAB fixo da atenção básica é definido em portaria específica, e não na PNAB, sendo calculado um valor mínimo por habitante, de acordo com o grupo de classificação do município, que pode ser: I, II ou III.

Alternativa E: CORRETA. De acordo com a PNAB, o financiamento da atenção básica deve ser tripartite, ou seja, envolver as três esferas de governo.

61 (RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE - SECRETARIA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO - CONUPE/IAUPE - 2016) Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, sobre as condições necessárias à implantação da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, analise os itens abaixo:

1. A existência de uma Unidade Básica de Saúde, inscrita no sistema de Cadastro Nacional vigente, que passa a ser a UBS de referência para a equipe de Agentes Comunitários de Saúde.
2. A existência de um enfermeiro para até, no máximo, 12 ACS e, no mínimo, quatro, constituindo, assim, uma equipe de Agentes Comunitários de Saúde.
3. As equipes de ACS deverão realizar suas atividades de forma itinerante, desenvolvendo ações na rua, em instalações específicas

e também nas instalações de Unidades Básicas de Saúde do território onde está atuando.

4. O cumprimento da carga horária integral de 40 horas semanais por toda a equipe de agentes comunitários, composta por ACS e enfermeiro supervisor.
5. Cada ACS deverá ter uma microárea sob sua responsabilidade cuja população ultrapasse 750 pessoas.

Estão corretos:

- (A) 1 e 2.
- (B) 2 e 3.
- (C) 3 e 4.
- (D) 4 e 5.
- (E) 1 e 5.

GRAU DE DIFICULDADE

DICA DO AUTOR: na PNAB, seção que discorre sobre as especificidades da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, são descritos como itens necessários à implantação dessa estratégia: I. A existência de uma Unidade Básica de Saúde, inscrita no sistema de Cadastro Nacional vigente que passa a ser a UBS de referência para a equipe de Agentes Comunitários de Saúde; II. A existência de um enfermeiro para até no máximo 12 ACS e no mínimo quatro, constituindo, assim, uma equipe de Agentes Comunitários de Saúde; e III. O cumprimento da carga horária integral de 40 horas semanais por toda a equipe de agentes comunitários, composta por ACS e enfermeiro supervisor¹¹. Há, portanto, uma discrepância entre a nossa visão da questão e o gabarito oficial, que aponta como correta a alternativa A. No entanto, três afirmativas estão corretas: 1, 2 e 4.

Assertiva 1: CORRETA. Essa afirmativa corresponde aos critérios para implantação da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, conforme a PNAB.

Assertiva 2: CORRETA. Essa afirmativa também corresponde aos critérios para implantação da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, conforme a PNAB.

Assertiva 3: INCORRETA. Os Agentes Comunitários de Saúde devem desenvolver suas ações na sua base geográfica, ou microárea, composta de

até, no máximo, 750 pessoas. As atividades envolvem visitas domiciliares e desenvolvimento de ações de educação em saúde na UBS.

Assertiva 4: CORRETA. Essa afirmativa também corresponde aos critérios para implantação da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, conforme a PNAB.

Assertiva 5: INCORRETA. A microárea de responsabilidade do Agente Comunitário de Saúde não deve ultrapassar o limite máximo de 750 pessoas.

62 (UFRN - COMPERVE - 2014) O Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) através da Portaria GM nº 154/2008. O principal objetivo do NASF é:

- (A) substituir ou complementar a atenção à saúde da Estratégia Saúde da Família, através de um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção.
- (B) complementar as atividades de apoio às ações de saúde dos níveis secundários e terciários, principalmente nas ações da atenção domiciliar, e aumentar a resolutividade desta, reforçando os processos de atenção de média complexidade em saúde.
- (C) apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços, além de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica e aumentar a resolutividade desta, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde.
- (D) complementar e otimizar a atenção à saúde da Estratégia Saúde da Família, através de um conjunto de ações de tratamento de doenças e reabilitação, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde.

GRAU DE DIFICULDADE

DICA DO AUTOR: a referida portaria, em seu artigo primeiro, cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) “com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da Estratégia de Saúde da Família

na rede de serviços e o processo de territorialização e Regionalização a partir da atenção básica¹².

Alternativa A: INCORRETA. O objetivo não é substituir ou complementar a Estratégia da Saúde da Família, mas ampliar a abrangência e o escopo das ações dessa estratégia.

Alternativa B: INCORRETA. Os NASFs fazem parte da Atenção Básica à Saúde e não servem de complemento para as ações secundárias e terciárias.

Alternativa C: CORRETA. A alternativa corresponde ao objetivo do NASF.

Alternativa D: INCORRETA. O objetivo não é complementar ou otimizar as ações da ESF, mas ampliar seu escopo. Além disso, o foco não recai só no tratamento de doenças e reabilitação.

63 (RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE/ SAÚDE DA FAMÍLIA - PUC/SP - 2015) Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) devem buscar instruir a plena integralidade das ações do cuidado físico e mental aos usuários do Sistema Único de Saúde por intermédio da qualificação e complementaridade ao labor das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Analise as seguintes afirmativas, identificando com V ou F as que forem verdadeiras ou falsas.

| | |
|-----|--|
| () | NASF 2 possui na sua estrutura as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações (CBO): assistente social, profissional de educação física, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional. |
| () | NASF 1 deverá ser composta por, no mínimo, sete profissionais do nível superior. |
| () | NASF 2 deverá ser composta por, no mínimo, seis profissionais do nível superior. |
| () | NASF 1 possui na sua estrutura as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações (CBO): assistente social, profissional de educação física, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional, farmacêutico, médico, ginecologista, médico homeopata, nutricionista, médico pediatra, médico psiquiatra e enfermeiro. |

Qual a alternativa correta:

- (A) F, F, F, F.
(B) F, V, V, F.

- (C) V, F, F, F.
(D) V, F, F, V.
(E) V, V, F, F.

GRAU DE DIFICULDADE

DICA DO AUTOR: de acordo com a PNAB, os Núcleos de Apoio da Saúde da Família (NASF) foram criados com o objetivo de aumentar o escopo de atuação da atenção básica. Os profissionais dos NASFs podem ter as seguintes formações, de acordo com o Código Brasileiro de Ocupações: médico acupunturista, assistente social, profissional/professor de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista/obstetra, médico homeopata, nutricionista, médico pediatra, psicólogo, médico psiquiatra, terapeuta ocupacional, médico geriatra, médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas. Esses profissionais podem compor as equipes tanto do NASF I quanto do NASF II, sendo que a diferença entre os dois tipos é que no NASF I a soma das cargas horárias dos profissionais deve acumular, no mínimo, 200 horas semanais; nenhum profissional deverá ter carga horária inferior a 20 horas e cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20h e no máximo 80h semanais. Já no NASF II, a soma da carga horária dos profissionais deve acumular, no mínimo 120 horas semanais; nenhum profissional deve ter carga horária menor que 20 horas e cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 horas e no máximo 40 horas de carga horária semanal¹¹.

Assertiva I: CORRETA. Esses profissionais podem compor a equipe do NASF I, conforme a PNAB.

Assertiva II: INCORRETA. A lei não estabelece um número específico de profissionais, mas estipula uma carga horária mínima semanal para a equipe que, no caso do NASF I, não deve ser inferior a 200 horas.

Assertiva III: INCORRETA. Do mesmo modo, a lei não estabelece para o NASF II um número mínimo fixo de profissionais, mas sim uma carga horária

semanal a ser cumprida pela equipe que, para o NASF II, deve ser de 120 horas.

Assertiva IV: INCORRETA. As categorias profissionais são comuns às duas modalidades de NASF, devendo o gestor montar a equipe de acordo com as necessidades de saúde locais.

Resposta: ©

64 (UNIMONTES - COTEC - 2014) Sobre a Portaria GM/MS nº 154, de 24 de janeiro de 2008, que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), analise as afirmativas abaixo:

- I. Os NASF foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica.
- II. Os NASF, porta de entrada do sistema, são formados por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, os quais realizam um trabalho ambulatorial e especializado com o compromisso de buscar instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS.
- III. A responsabilização compartilhada entre as Equipes de Saúde da Família e a equipe do NASF prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da Equipe de Saúde da Família.

Marque a alternativa correta.

- Ⓐ apenas as alternativas I e III estão corretas.
- Ⓑ apenas as alternativas I e II estão corretas.
- Ⓒ apenas a alternativa III está correta.
- Ⓓ todas as alternativas estão corretas.

GRAU DE DIFICULDADE

Assertiva I: CORRETA. A afirmativa corresponde ao artigo 1º da referida portaria¹², que trata do objetivo do NASF e do seu papel de apoio à Estratégia de Saúde da Família (ESF), aumentando seu escopo de atuação.

Assertiva II: INCORRETA. O NASF não é a porta de entrada da atenção básica. A porta de entrada é a ESF e o NASF dá suporte ao trabalho das equipes da ESF.

Assertiva III: CORRETA. A alternativa corresponde ao artigo segundo da referida portaria¹² e expressa a participação do NASF, junto às ESF, na garantia da integralidade do cuidado, em oposição à fragmentação da atenção à saúde, que ocorre nos encaminhamentos.

Resposta: Ⓐ

65 (UNIMONTES - COTEC - 2014) Podemos dizer que o cuidado em saúde mental na atenção básica é bastante estratégico pela facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa. No entanto, apesar de sua importância, a realização de práticas em saúde mental na atenção básica suscita muitas dúvidas, curiosidades e receios nos profissionais de saúde (BRASIL, 2013, p. 19). Sobre as práticas e intervenções em saúde mental na atenção básica, marque a alternativa correta:

- Ⓐ as práticas em saúde mental na atenção básica devem ser realizadas pelo psiquiatra e psicólogo, elaborando suas intervenções a partir da noção de território e vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade.
- Ⓑ as intervenções em saúde mental na atenção básica priorizam a cura das doenças, com o objetivo de promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida.
- Ⓒ os profissionais da atenção básica podem oferecer atenção e tempo para a escuta, o que permite um espaço de desabafo para o paciente, no entanto, essa prática se mostra ineficiente para a ressignificação do sofrimento deste.
- Ⓓ as intervenções em saúde mental na atenção básica são concebidas a partir da realidade do dia a dia do território, das singularidades dos pacientes e de suas comunidades.

GRAU DE DIFICULDADE

DICA DO AUTOR: o enunciado da questão faz referência à publicação do Ministério da Saúde, Cadernos da Atenção Básica, de nº 34¹³, voltado especificamente para a saúde mental.

Alternativa A: INCORRETA. As práticas de saúde mental devem ser realizadas pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família, com o suporte das equipes do NASF.

Alternativa B: INCORRETA. De acordo com a publicação referida na questão, “as intervenções em saúde mental devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças. Isso significa acreditar que a vida pode ter várias formas de ser percebida, experimentada e vivida”¹³.

Alternativa C: INCORRETA. A escuta do profissional ao desabafo do paciente acaba sendo um dispositivo poderoso no cuidado em saúde mental, uma vez que ocorre o acolhimento das queixas emocionais do paciente, a formação do vínculo. Além disso, o ato de relatar seus problemas emocionais, e se escutar narrando, traz efeitos para o paciente.

Alternativa D: CORRETA. A alternativa corresponde ao texto da publicação referida na questão.

66 (UNIMONTES - COTEC - 2014) Num bairro de periferia situa-se a Unidade Básica de Saúde (UBS) Monte Verde com uma equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF), a qual, semanalmente, recebe uma equipe de apoio matricial em saúde mental. Sobre esse breve relato, analise as afirmações e marque a alternativa correta.

(A) numa discussão de caso entre a equipe de referência e a de apoio matricial, decide-se realizar uma visita conjunta à senhora Maria. Assim, ambas as equipes se preparam para, como na consulta conjunta, oferecer, imediatamente à sua realização, uma resposta à senhora Maria e sua família.

(B) para uma consulta conjunta na UBS Monte Verde entre enfermeiro e psicólogo é necessário que todos os envolvidos discutam o caso e compartilhem sobre o seu planejamento e, posteriormente, o enfermeiro apresente o psicólogo ao usuário e solicitem sua autorização para a realização da mesma, com discussão compartilhada da conduta.

(C) a equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) funciona como referência multidisciplinar,

atuando com uma responsabilidade sanitária que inclui o cuidado longitudinal e à equipe de apoio matricial em saúde mental, representada pelo psiquiatra ou psicólogo, cabe apenas supervisões periódicas dos casos clínicos.

(D) na Unidade Básica de Saúde Monte Verde acontece o matriciamento, o qual possui como proposta um suporte técnico-pedagógico para intervenções psicossociais coletivas nos casos de saúde mental a partir de uma retaguarda especializada através de atendimentos ambulatoriais pelo profissional de saúde mental.

GRAU DE DIFICULDADE



DICA DO AUTOR: os NASFs foram criados com o objetivo de dar suporte e ampliar a capacidade e o escopo de atuação da estratégia de saúde da família. O trabalho do NASF é baseado na lógica do apoio matricial, realizado através de atividades técnico-pedagógicas, como as discussões de caso, reuniões de matriciamento etc. e assistenciais, como visitas domiciliares compartilhadas, atendimentos domiciliares compartilhados.

Alternativa A: INCORRETA. A decisão de realizar visitas conjuntas deve partir da discussão entre a equipe do ESF e do NASF. No entanto, a resposta não é dada imediatamente após a visita, porque precisa haver também a discussão dos dados coletados na visita entre as duas equipes, para posterior definição das ações.

Alternativa B: CORRETA. A alternativa detalha o procedimento de atendimento compartilhado, que ocorre no apoio matricial.

Alternativa C: INCORRETA. O papel da equipe de saúde mental no apoio matricial não envolve apenas supervisão e discussão de casos clínicos. Há outras possibilidades de atuação conjunta com os profissionais da ESF como: visitas domiciliares, atendimentos individuais compartilhados, condução de grupos junto com o profissional da ESF etc.

Alternativa D: INCORRETA. O suporte não é apenas técnico-pedagógico, mas assistencial também.

67 (RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE/ SAÚDE DA FAMÍLIA - PUC/SP - 2015) Sobre a Estratégia de Saúde da Família, é correto afirmar que:

- (A) propõe que suas equipes atuem com ações voltadas para todos os agravos de uma dada comunidade, dos mais frequentes aos mais raros.
- (B) prevê a implantação de equipes multiprofissionais em serviços de saúde de baixa, média e alta complexidade.
- (C) coloca a necessidade de se ultrapassarem os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil.
- (D) foi iniciada em 2001, tendo apresentado um crescimento pouco expressivo desde então.
- (E) prevê resultados de longo prazo na mudança do perfil de morbi-mortalidade, não tendo ainda produzido alterações importantes nos principais indicadores de saúde das populações assistidas pelas Equipes de Saúde da Família.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: INCORRETA. A Estratégia de Saúde da Família trabalha com a promoção de saúde, a prevenção, recuperação e reabilitação de agravos e doenças mais prevalentes numa população, colaborando para a manutenção da saúde em um determinado território.

Alternativa B: INCORRETA. A Estratégia de Saúde da Família faz parte da atenção básica, ou seja, é um serviço de saúde de baixa complexidade.

Alternativa C: CORRETA. De acordo com Wartchow¹⁴, “a responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as Equipes de Saúde da Família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS”.

Alternativa D: INCORRETA. A ESF foi criada pelo Ministério da Saúde em 1994 e vem alcançando resultados significativos na atenção básica. Segundo Warchow, “a implantação da estratégia de Saúde da Família tem demonstrado significativa melhoria nos indicadores de saúde do país, em especial na ampliação do acesso à saúde da população brasileira, tendo se mostrado também efetiva na redução das iniquidades, cumprindo seu papel de porta de entrada do SUS”¹⁴.

Alternativa E: INCORRETA. Como já foi dito anteriormente, a Estratégia de Saúde da Família tem alcançado resultados significativos na melhoria dos indicadores de saúde no Brasil.

68 (RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE/ SAÚDE DA FAMÍLIA - PUC/SP - 2015) “A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade”. A afirmação está:

- (A) errada, contradiz a NOB 96.
- (B) correta, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).
- (C) correta, de acordo com a NOB 96.
- (D) correta, de acordo com a NOAS.
- (E) errada, pois a relação custo benefício não foi significativa para a ESF.

GRAU DE DIFICULDADE

DICA DO AUTOR: a Estratégia de Saúde da Família pertence à Atenção Básica à Saúde, portanto, encontra-se estabelecida e regulamentada pela Política Nacional de Atenção Básica.

Alternativa A: INCORRETA. A NOB 096 trata da redefinição do modelo de gestão em Saúde do SUS.

Alternativa B: CORRETA. A alternativa corresponde ao texto da Política Nacional de Atenção Básica.

Alternativa C: INCORRETA. Como já foi dito anteriormente, a NOB 096 traz um novo modelo de gestão para o SUS. A política que trata da ESF é a PNAB.

Alternativa D: INCORRETA. A Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) visa uma reorganização e fortalecimento da atenção básica, mas não trata especificamente da ESF.

Alternativa E: INCORRETA. A relação custo benefício é significativa para a ESF, uma vez que é considerada uma estratégia de baixa densidade tecnológica, portanto, mais barata do que as ações de alta densidade tecnológica e que vem melhorando os indicadores de saúde da população.

69 (RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE/ SAÚDE DA FAMÍLIA - PUC/SP - 2015) Na Estratégia de Saúde da Família, uma das atividades do Agente Comunitário de Saúde é o cadastramento das famílias, a identificação de microáreas e grupos de risco. Essa atividade caracteriza:

- (A) a territorialização.
- (B) a situação demográfica da periferia.
- (C) o trabalho em equipe multiprofissional.
- (D) a hierarquização da população adstrita.
- (E) a educação permanente em saúde.

GRAU DE DIFICULDADE

DICA DO AUTOR: a atenção básica é organizada com base na divisão de territórios, sendo que cada Unidade Básica de Saúde deve ser responsável por monitorar os indicadores de saúde das famílias que habitam um território específico. Uma das funções do Agente Comunitário de Saúde (ACS) é cadastrar as famílias que estão sob a responsabilidade de uma UBS específica, sendo que cada ACS deve cadastrar até, no máximo, 750 pessoas, e manter atualizados esses cadastros.

Alternativa A: CORRETA. O cadastramento das famílias tem a ver com a adscrição das mesmas ao território, sob a responsabilidade de determinada unidade básica de saúde, sendo um princípio relacionado à territorialização.

Alternativa B: INCORRETA. O objetivo desse cadastramento é monitorar a situação de saúde da população vinculada ao território atendido por esses agentes e demais membros da equipe multiprofissional.

Alternativa C: INCORRETA. O trabalho em equipe multiprofissional vai além do cadastramento das famílias, sendo este papel primordial do ACS.

Alternativa D: INCORRETA. Não é feita uma hierarquização da população adscrita, ou seja, vinculada ao território. No entanto, são definidas prioridades, de acordo com os problemas de saúde identificados nas pessoas pertencentes ao território.

Alternativa E: INCORRETA. As ações de educação em saúde fazem parte do trabalho do ACS, em conjunto com as equipes da Estratégia de Saúde da Família, mas acontecem a partir da definição do território e cadastramento das famílias.

70 (RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE/ SAÚDE DA FAMÍLIA - PUC/SP - 2015) Conforme a Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, o cadastramento das famílias é a etapa inicial do trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) em sua microárea (território de atuação). O número máximo de pessoas em uma microárea deve ser:

- (A) 450.
- (B) 550.
- (C) 650.
- (D) 750.
- (E) 930.

GRAU DE DIFICULDADE

DICA DO AUTOR: a portaria citada no enunciado da questão refere-se à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Microáreas são as áreas de cobertura e monitoramento de cada Agente Comunitário de Saúde (ACS), sendo que cada ACS deve ser responsável por, no máximo, 750 pessoas.

Resposta: (D)

71 (RESIDÊNCIA EM SAÚDE DO IDOSO - PUC/RS - 2015) De acordo com a Portaria nº 2488, são fundamentos e diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica:

- I. Ter território adstrito.
- II. Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde.
- III. Adscriver os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado.
- IV. Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território.
- V. Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações

programáticas e demanda espontânea, articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades.

- (A) apenas as assertivas I, II e III estão corretas.
- (B) apenas as assertivas II, III e IV estão corretas.
- (C) apenas as assertivas II, III, IV e V estão corretas.
- (D) apenas as assertivas I, III e V estão corretas.
- (E) todas as assertivas estão corretas.

GRAU DE DIFICULDADE

DICA DO AUTOR: todas as afirmativas correspondem às diretrizes propostas pela PNAB¹¹, portanto, estão corretas.

Resposta: (E)

72 (UNIMONTES - COTEC - 2014) A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica (BRASIL, 2012, p. 22). Sobre a saúde da família, analise as seguintes afirmativas e marque a alternativa correta:

- I. A implantação do Programa Saúde da Família (PSF) na década de 1990 teve como antecedente o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), fixado na região Norte e Nordeste, em áreas rurais e periurbanas, atendendo às demandas de combate e controle da epidemia de cólera e das demais formas de diarreia com foco na reidratação oral e na orientação a vacinação;
- II. A organização em unidades de saúde da família, como modelo de assistência, vai além da prestação de assistência médica individual e deve variar segundo os problemas identificados na área de implantação, agindo na proteção e promoção da saúde dos indivíduos, dos membros de uma família, sadios ou doentes, de forma integral e contínua;
- III. A Estratégia de Saúde da Família encerra em sua concepção mudanças na dimensão

organizacional do modelo assistencial ao: constituir a Equipe de Saúde da Família, multiprofissional e responsável pela atenção à saúde da população de determinado território; definir o generalista como o profissional médico da atenção básica; instituir novos profissionais, os Agentes Comunitários de Saúde.

- (A) apenas as assertivas I e II estão corretas.
- (B) apenas as assertivas I e III estão corretas.
- (C) apenas a assertiva II está correta.
- (D) todas as assertivas estão corretas.

GRAU DE DIFICULDADE

Assertiva I: CORRETA. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi implementado em 1991 em parceria com o governo federal, mas só regulamentado em 1997. Já a Estratégia de Saúde da Família, antes Programa de Saúde da Família, foi criada em 1994. A implementação federal do PACS se deu através da observação de experiências exitosas na identificação e combate de endemias em alguns estados, como ilustra a afirmativa em questão.

Assertiva II: CORRETA. A Estratégia de Saúde da Família visa ao cuidado integral do usuário, respeitando e adequando-se às diversidades territoriais e sanitárias.

Assertiva III: CORRETA. A assertiva corresponde às mudanças trazidas pela implementação da Estratégia de Saúde da Família. Além disso, foi só após a criação do Programa de Saúde da Família que os Agentes Comunitários de Saúde se ligaram às Equipes de Saúde da Família.

Resposta: (D)

73 (RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA HOSPITAL SANTA MARCELINA - VUNESP - 2014) Com relação às Equipes de Saúde da Família, assinale a alternativa correta.

- (A) atuam principalmente nas unidades básicas e ambulatórios de especialidades.
- (B) têm território definido e população delimitada sob sua responsabilidade.
- (C) são compostas principalmente por médicos e dentistas.

- Ⓓ os agentes comunitários são preferencialmente de regiões distantes de onde atuam.
- Ⓔ contam com um fisioterapeuta na composição ampliada.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: INCORRETA. As Equipes de Saúde da Família fazem parte da atenção básica e atuam nas Unidades Básicas de Saúde, não nos ambulatórios de especialidades.

Alternativa B: CORRETA. De acordo com a PNAB, faz parte do processo de trabalho das equipes de saúde “definir um território de atuação e de população sob a responsabilidade das UBS e das equipes”¹¹.

Alternativa C: INCORRETA. Segundo a PNAB, são itens necessários à Estratégia de Saúde de Família (ESF) a existência de equipe multiprofissional, composta por, no mínimo: médico generalista (ou especialista em saúde da família, ou médico de família e comunidade), enfermeiro generalista (ou especialista em saúde da família), auxiliar ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. A essa composição mínima podem ser acrescentados os profissionais de saúde bucal, a depender da demanda do território, que são: cirurgião dentista (generalista ou especialista em saúde da família), auxiliar e/ou técnico em saúde bucal¹¹.

Alternativa D: INCORRETA. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são escolhidos dentro da própria comunidade em que irão realizar suas atividades.

Alternativa E: INCORRETA. Os fisioterapeutas não fazem parte da Equipe de Saúde da Família nem em sua composição ampliada, mas podem fazer parte da equipe do NASF, que presta suporte às Equipes de Saúde da Família, a depender da demanda do território em questão.

Ⓒ há padronização de programa de capacitação de procedimentos a serem adotados em todas as regiões do país.

Ⓓ a atuação de apoio matricial é desenvolvida junto às Equipes de Saúde da Família de uma determinada região.

Ⓔ o apoio é dado às Equipes de Saúde da Família somente no tocante à assistência à população.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: INCORRETA. O Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF) é composto por profissionais de diversas especialidades, que atuam de maneira integrada às Equipes de Saúde de Família e Equipe de Atenção Básica para populações específicas (Consultório de Rua, equipes voltadas à população ribeirinha, equipes fluviais), prestando apoio matricial a estas equipes.

Alternativa B: INCORRETA. Os NASFs fazem parte da atenção básica ou primária à saúde, prestando suporte à saúde da família.

Alternativa C: INCORRETA. As ações realizadas pelo NASF estão de acordo com as demandas apresentadas pelas Equipes de Saúde da Família de um determinado território

Alternativa D: CORRETA. Os NASFs prestam suporte às Equipes de Saúde da Família de um determinado território.

Alternativa E: INCORRETA. A atuação do NASF estende-se a toda a Rede de Atenção à Saúde, enfatizando a corresponsabilização pelos casos atendidos e a longitudinalidade do cuidado à saúde. São exemplos de apoio prestado pelo NASF às ESFs, conforme a PNAB: discussão de casos, construção conjunta de projeto terapêutico, interconsulta, educação permanente, dentre outros¹¹.

74 (RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA HOSPITAL SANTA MARCELINA - VUNESP - 2014) Assinale a alternativa que apresenta uma das características do Núcleo de Apoio à Saúde da Família:

- Ⓐ sua composição é feita de pessoas que prestam assistência diretamente à população.
- Ⓑ sua inserção é externa à Atenção Primária à Saúde.

75 (RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA HOSPITAL SANTA MARCELINA - VUNESP - 2014) Assinale a alternativa que apresenta um dos problemas importantes para implementação da estratégia de saúde da família.

- Ⓐ insuficiência de médicos de família e comunidade com perfil adequado e capacidade técnica.

- Ⓑ morosidade nas contratações feitas pelo serviço público.
- Ⓒ inexistência de programas de residência de médicos de família.
- Ⓓ baixos salários dos profissionais, principalmente dos médicos.
- Ⓔ unidades de saúde insuficientes para cobrir todo o território nacional, com poucas parcerias junto ao setor privado.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: CORRETA. No Brasil, o déficit de médicos é bastante significativo. Em 2013, o Ministério da Saúde estimou que existia um déficit de 54 mil médicos, o que motivou a criação posterior do Programa Mais Médicos, para contratação de médicos estrangeiros. Além desse déficit, existe uma desigualdade na distribuição dos médicos já existentes, que se concentram nos grandes centros urbanos, em especial, Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais. Portanto, municípios do interior e de regiões mais remotas do país ficam praticamente sem assistência médica. Somadas a todas essas questões, a especialidade saúde da família é uma das menos procuradas pelos médicos formados.

Alternativa B: INCORRETA. As contratações no serviço público não são morosas, como afirma a alternativa. O processo é um pouco mais demorado quando há abertura de concurso, o que interessa a diversos profissionais, por conta da estabilidade no emprego e dos benefícios concedidos, mas há a possibilidade também de contrato de trabalho.

Alternativa C: INCORRETA. Existem programas de residência médica em saúde da família, no entanto, há sobras de vagas nos referidos programas.

Alternativa D: INCORRETA. Os médicos ainda recebem um salário mais alto, em relação aos demais profissionais, no SUS.

Alternativa E: INCORRETA. As dificuldades de implantação se devem mais à ausência de profissionais do que à estrutura física e quantidade de Unidades Básicas de Saúde. A iniciativa privada participa de forma complementar no SUS, geralmente em ações e serviços de alta complexidade.

- 2014) A utilização de um serviço de Atenção Primária à Saúde, como o primeiro recurso de saúde usado por uma determinada população, traz consequências, entre elas:

- Ⓐ redução do número de hospitalizações e do tempo de hospitalização.
- Ⓑ aumento do número de cirurgias, mas melhoria nos seus resultados.
- Ⓒ aumento da cobertura, mas redução da qualidade de serviço prestado.
- Ⓓ aumento do número de exames complementares e de consultas.
- Ⓔ redução do número de exames complementares e da cobertura populacional.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: CORRETA. A Atenção Primária à Saúde deve-se constituir enquanto porta de entrada para o sistema de saúde. De acordo com os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica, a Atenção Primária deve ser resolutive, oferecer um cuidado integral, baseado no vínculo e na responsabilização da equipe pelo cuidado do usuário, além de estar próxima à população. A atenção básica seria responsável pela promoção de saúde, prevenção e pelo monitoramento e cuidado à saúde. Indiretamente, um dos seus resultados seria a redução do número de hospitalizações e também do tempo de duração dos internamentos.

Alternativa B: INCORRETA. A atenção básica tem o foco na promoção e prevenção, além da atenção integral e continuada ao usuário de saúde, isso não tem a ver com o aumento do número de cirurgias.

Alternativa C: INCORRETA. A atenção básica visa ampliar a cobertura de saúde, conforme o princípio da universalidade do acesso à saúde, preconizado pelo SUS. No entanto, aumentar a cobertura não significa reduzir a qualidade do atendimento, uma vez que os princípios e diretrizes da Atenção Primária à Saúde preconizam o vínculo, a responsabilização pelo cuidado, a humanização e a ética.

Alternativa D: INCORRETA. A estratégia prioritária da atenção básica é a Estratégia de Saúde da Família, com ampliação do acompanhamento da família no território, orientação e educação para a saúde e outras ações preventivas. O objetivo é que se aumente a cobertura territorial

das ações de atenção básica, e não necessariamente o número de consultas e exames.

Alternativa E: INCORRETA. A redução da cobertura populacional é contra os princípios do SUS e da atenção básica.

77 (RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA HOSPITAL SANTA MARCELINA - VUNESP - 2014) A Atenção Primária à Saúde no Brasil:

- (A) é homogênea e padronizada em todo o território nacional.
- (B) tem vários conceitos e o brasileiro entende o que é saúde para os excluídos.
- (C) tem financiamento adequado desde a Constituição Federal.
- (D) enfatiza que a saúde é um direito humano fundamental.
- (E) é considerada uma falsa solução para vários problemas do SUS.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: INCORRETA. O SUS reconhece a amplitude e diversidade do território brasileiro, portanto, apesar das políticas definirem diretrizes para a atenção básica, não há homogeneidade na execução das ações de saúde.

Alternativa B: INCORRETA. A Atenção Primária à Saúde no Brasil é definida pela Política Nacional de Atenção Básica como sendo “um conjunto de ações em saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção em saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades”¹¹.

Alternativa C: INCORRETA. Apesar da Constituição Federal³ em seu artigo 198, parágrafo 1º, estabelecer o financiamento do SUS com recursos da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, o financiamento da atenção básica, que é organizada conforme princípios da PNAB, é regulamentado também pelas Portaria nº 978, de 16 de maio de 2012, que define valores de financiamento do piso da atenção básica variável para as Equipes de Saúde da Família, equipes de Saúde Bucal e para os Núcleos de Apoio

à Saúde da Família, instituídos pela PNAB; e Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com respectivo monitoramento e controle¹¹.

Alternativa D: CORRETA. A Atenção Primária à Saúde no Brasil é parte integrante do SUS, a política que viabiliza o acesso ao direito à saúde, definido constitucionalmente. Portanto, a alternativa é verdadeira.

Alternativa E: INCORRETA. A alternativa é falsa, uma vez que o investimento na atenção básica é crucial para a melhoria dos indicadores de saúde das populações atendidas. Além disso, é feita a reorganização das ações e serviços de saúde e acompanhamento dos usuários, quando encaminhados para serviços de média e alta complexidade.

78 (RESIDÊNCIA EM PSICOLOGIA CLÍNICA E SAÚDE MENTAL - SESAB/BA - CEREMAPS, EESP E FUNDAÇÃO CEFETBAHIA - 2014) Sobre a Política Nacional da Atenção Básica, é correto afirmar que:

- (A) a Política Nacional de Atenção Básica tem na Unidade Básica de Saúde sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica.
- (B) a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Secundária.
- (C) a longitudinalidade do cuidado pressupõe a descontinuidade da relação clínica, desprivilegiando a construção de vínculo e a responsabilização entre profissionais e usuários.
- (D) a atenção básica é desenvolvida com o mais alto grau de centralização, utilizando tecnologias de cuidado pouco complexas.
- (E) a Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, foi revogada pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.

GRAU DE DIFICULDADE

DICA DO AUTOR: essa questão enfatiza um detalhe que raramente prestamos atenção ao lermos as políticas de saúde solicitadas nos editais, que é a informação sobre qual portaria ou decreto

fica revogado a partir da data que a política entra em vigor. Além disso, enfatiza também o número e data das portarias ao invés do nome pelo qual a política é conhecida. Convém ter atenção a isso!

Alternativa A: INCORRETA. Na verdade, de acordo com a PNAB, é a Estratégia de Saúde da Família que é considerada como estratégia para expansão a consolidação da atenção básica.

Alternativa B: INCORRETA. A portaria referida aprova a Política Nacional de Atenção básica, que propõe a reorganização da Atenção Primária à Saúde.

Alternativa C: INCORRETA. A longitudinalidade do cuidado é justamente baseada no vínculo entre os profissionais de saúde e a população de determinado território, e no acompanhamento e responsabilização por todo o processo de cuidado.

Alternativa D: INCORRETA. De acordo com a PNAB, a Atenção Básica à Saúde “é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade”¹¹, ou seja, próxima à vida das pessoas e no território onde elas residem. Deve ser a porta de entrada do Sistema Único de Saúde e o centro de comunicação dos demais serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas.

Alternativa E: CORRETA. Tal portaria foi revogada quando a PNAB entrou em vigor.

79 (RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE - UFG/GO - 2014) Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado em relação à própria saúde e a das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde com base em lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social, são fundamento e diretrizes da:

- (A) Política Nacional de Humanização.
- (B) Atenção Primária da Saúde.
- (C) Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS.
- (D) Atenção Secundária da Saúde.

GRAU DE DIFICULDADE

DICA DO AUTOR: o texto do enunciado da questão corresponde a um fundamento e diretriz da PNAB¹¹.

Alternativa A: INCORRETA. A PNH¹⁵ foi lançada em 2003 e visa reordenar o modo de cuidado nos serviços públicos de saúde, introduzindo relações mais humanizadas entre gestores, profissionais e usuários dos serviços de saúde.

Alternativa B: CORRETA. A alternativa corresponde a uma das diretrizes da PNAB.

Alternativa C: INCORRETA. A Política Nacional de Gestão Participativa do SUS orienta as ações de governo na promoção, na qualificação e no aperfeiçoamento da gestão estratégica e democrática das políticas públicas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nas respectivas esferas de gestão¹⁶.

Alternativa D: INCORRETA. Nas redes de atenção à saúde, a Atenção Secundária é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a Atenção Primária e a Terciária¹⁷.

80 (RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE - UFG/GO - 2014) A definição de Atenção Primária como “uma atenção à saúde essencial, baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente comprovadas e socialmente aceitáveis, cujo acesso seja garantido a todas as pessoas e famílias mediante sua plena participação [...]” foi referência para o lema “Saúde para todos no ano 2000” da Conferência Mundial de Saúde realizada em:

- (A) Otawa.
- (B) Bogotá.
- (C) Alma Ata.
- (D) Adelaide.

GRAU DE DIFICULDADE

DICA DO AUTOR: em 1978, a Organização Mundial e Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) organizaram a primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde, realizada em Alma-Ata, no Cazaquistão, antiga União Soviética. Nessa Conferência foram propostas metas para o cuidado primário em saúde, que deveriam ser

cumpridas pelos países-membros até o ano 2000, política que ficou conhecida como “Saúde para Todos no Ano 2000”. Nessa Conferência também foi estabelecida a definição de Atenção Primária à Saúde, transcrita no enunciado da questão¹⁸.

Resposta: C

81 (UNIMONTES - COTEC - 2014) Sobre a Portaria nº 1.654/GM, de 19 de julho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-Ab) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, marque a alternativa correta.

- Ⓐ o PMAQ-AB visa induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável regionalmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade apenas das ações do governo federal direcionadas à atenção básica em saúde.
- Ⓑ o PMAQ-AB será composto por quatro fases distintas, que compõem um ciclo, as quais se sucedem para o desenvolvimento e a melhoria contínua da qualidade da Atenção Básica em Saúde, que são: 1) adesão e contratualização; 2) desenvolvimento; 3) avaliação externa; e 4) recontratualização.
- Ⓒ o PMAQ-AB possui caráter obrigatório para a adesão tanto pelas equipes de saúde da atenção básica quanto pelos gestores estaduais e municipais, a partir do pressuposto de que o seu êxito depende de resultados epidemiológicos efetivos do trabalho dos atores envolvidos.
- Ⓓ como diretrizes do PMAQ-AB, têm-se a construção de parâmetro de comparação entre as equipes de saúde da atenção básica, desvincilhadas de sua realidade, e a estimulação do processo contínuo e de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade a partir dos resultados alcançados pelas equipes de saúde da atenção básica.

GRAU DE DIFICULDADE

DICA DO AUTOR: a Portaria nº 1.654/GM, de 19 de julho de 2011¹⁹, foi revogada e substituída pela Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015²⁰. No

entanto, a questão será respondida com base na portaria anterior.

Alternativa A: INCORRETA. O PMAQ-AB tem os objetivos citados na questão, no entanto, as ações de atenção básica são executadas pelo município, e não pelo governo federal.

Alternativa B: CORRETA. A alternativa corresponde às fases do PMAQ-AB, conforme a portaria de 2011. Na nova portaria, essas fases foram alteradas. Agora, o PMAQ-AB é composto por três fases e um eixo estratégico transversal de desenvolvimento. As fases são: 1) adesão e contratualização; 2) certificação; e 3) recontratualização²⁰.

Alternativa C: INCORRETA. O programa não é obrigatório. A participação é feita por adesão dos gestores e profissionais de saúde.

Alternativa D: INCORRETA. A comparação entre as equipes não deve ser desvincilhada da realidade. Devem-se considerar as diferentes realidades de saúde.

82 (RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE/ SAÚDE DA FAMÍLIA - PUC/SP - 2015) A Rede de Atenção à Saúde (RAS) apresenta nível de complexidade crescente a partir da porta de entrada ao sistema:

- Ⓐ Hospital Secundário, Unidade Básica de Saúde, CAPS.
- Ⓑ Hospital Terciário, Hospital Universitário, Ambulatório de Especialidades.
- Ⓒ Hospital de Pequeno Porte, Unidade básica de saúde, Hospital Quaternário.
- Ⓓ Sala de Vacina, Sala de Curativo, Sala de Cirurgia.
- Ⓔ Unidade Básica de Saúde, Ambulatório de Especialidades, Hospital.

GRAU DE DIFICULDADE

DICA DO AUTOR: as Redes de Atenção à Saúde foram instituídas e regulamentadas pela Portaria nº 4.279, do Ministério da Saúde, no ano de 2010. De acordo com essa portaria, a Unidade Básica de Saúde é a porta de entrada preferencial do SUS, uma vez que esta é considerada como ponto estratégico e de comunicação entre os diversos serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas. As atribuições

da unidade básica de saúde, nas RAS são: "(1) ser a principal porta de entrada do usuário no sistema de saúde; (2) de ser responsável por coordenar o caminhar dos usuários pelos outros pontos de atenção da rede, quando suas necessidades de saúde não puderem ser atendidas somente por ações e serviços da APS; (3) e de manter o vínculo com estes usuários, dando continuidade à atenção (ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, entre outros), mesmo que estejam sendo cuidados também em outros pontos de atenção da rede"¹⁷.

Resposta: (E)

83 (RESIDÊNCIA EM SAÚDE DO IDOSO - PUC/RS - 2015) A estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) é uma estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência. Assim sendo, podemos afirmar:

- I. A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado;
- II. O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica;
- III. Fundamenta-se na compreensão da APS como segundo nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados secundários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção.

- (A) apenas a assertiva I está correta.
 (B) apenas as assertivas I e II estão corretas.

- (C) apenas as assertivas I e III estão corretas.
 (D) apenas as assertivas II e III estão corretas.
 (E) todas as assertivas estão corretas.

GRAU DE DIFICULDADE

Assertiva I: CORRETA. A alternativa corresponde à definição exata das Redes de Atenção à Saúde.

Assertiva II: CORRETA. A alternativa corresponde totalmente ao objetivo das Redes de Atenção à Saúde.

Assertiva III: INCORRETA. A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada no Sistema Único de Saúde, portanto, o primeiro nível de atenção.

Resposta: (B)

84 (UEPA - PROGRAD/DAA - 2012) Linhas de cuidado é um continuum assistencial composto por ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação orientadas pela(o)s:

- (A) assistência à saúde.
 (B) modelo assistencial.
 (C) necessidades de saúde.
 (D) situação de saúde semelhante.
 (E) organização da atenção à saúde.

GRAU DE DIFICULDADE

DICA DO AUTOR: as linhas de cuidado são estratégias de estabelecimento do "percurso assistencial" com o objetivo de organizar o fluxo dos indivíduos, de acordo com suas necessidades. No entanto, essa linha de cuidado consiste no desenho dos percursos assistenciais realizados, pelo maior número de pessoas, com situações de saúde semelhantes. Essas linhas devem ser construídas, preferencialmente, com base na atenção básica.

Alternativa A: INCORRETA. A assistência à saúde envolve todas as ações, desde a promoção até a recuperação da saúde e reabilitação, diferente da linha de cuidado, que envolve pessoas com necessidades de saúde semelhantes.

Alternativa B: INCORRETA. O modelo assistencial "consiste na organização das ações para a intervenção no processo saúde-doença, articulando os recursos físicos, tecnológicos e humanos, para enfrentar e resolver os problemas de saúde".

de existentes em uma coletividade”²¹. Desse modo, o modelo assistencial direciona toda a assistência à saúde, sendo alguns modelos inclusive incompatíveis com a lógica das linhas de cuidado.

Alternativa C: INCORRETA. Como explicitado na “dica do autor”, as necessidades de saúde orientam as linhas de cuidado. No entanto, o objetivo é construir percursos assistenciais comuns para pessoas com necessidades de saúde semelhantes, abrangendo o maior número de pessoas.

Alternativa D: CORRETA. A alternativa traz as necessidades de saúde semelhantes, que orientam a construção das linhas de cuidado.

Alternativa E: INCORRETA. A construção das linhas de cuidado visa uma maior organização dos fluxos de atendimento nos serviços de saúde. Portanto, a organização pode ser um resultado da implantação das linhas de cuidado.

85 (UEPA - PROGRAD/DAA - 2012) O eixo estruturante para concretização das linhas de cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS) é o(a):

- (A) constituição de equipes de referência e apoio matricial.
- (B) percepção das necessidades de saúde da população.
- (C) núcleo de apoio à Saúde da Família.
- (D) ação intersetorial.
- (E) gestão compartilhada.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: INCORRETA. A constituição de equipes de referência e apoio matricial são ações de fortalecimento da atenção básica. As linhas de cuidado abrangem ações e serviços de todos os níveis de densidade tecnológica, e são orientadas pelas necessidades de saúde da população.

Alternativa B: CORRETA. As linhas de cuidado são desenhos do fluxo de atendimento dos usuários, dentro do serviço de saúde, construídos a partir da identificação das necessidades de saúde desses usuários. Ressalta-se que são criadas linhas específicas para necessidades de saúde semelhantes no maior número de pessoas possível.

Alternativa C: INCORRETA. O NASF é um dos pontos de atenção da assistência à saúde, não neces-

sariamente o eixo estruturante da linha de cuidado.

Alternativa D: INCORRETA. As ações intersetoriais, apesar de desejáveis nas ações de promoção de saúde, não são eixos orientadores das linhas de cuidado.

Alternativa E: INCORRETA. A gestão compartilhada é um dos princípios da Política Nacional de Humanização, mas não é o eixo estruturante das linhas de cuidado.

86 (UEPA - PROGRAD/DAA - 2012) São pontos de atenção na rede de serviços de saúde:

- (A) procedimentos ofertados à população.
- (B) diversos equipamentos e serviços.
- (C) mecanismos de estruturação do cuidado.
- (D) ações disponíveis aos grupos populacionais.
- (E) modos de organização e funcionamento dos serviços.

GRAU DE DIFICULDADE

DICA DO AUTOR: pontos de atenção são espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde. São exemplos de ponto de atenção: os domicílios, as unidades básicas de saúde, os hospitais etc.

Alternativa A: INCORRETA. Os pontos de cuidado envolvem procedimentos e equipamentos de saúde.

Alternativa B: CORRETA. A alternativa se aproxima mais ao conceito de ponto de atenção.

Alternativa C: INCORRETA. Os pontos de atenção são os locais e os serviços ofertados, e não o mecanismo que organiza o cuidado.

Alternativa D: INCORRETA. As ações e os locais é que são os pontos de atenção à saúde.

Alternativa E: INCORRETA. Os serviços e ações de saúde são os pontos de atenção, não seu modo de organização e funcionamento.

87 (RESIDÊNCIA EM SAÚDE DO IDOSO - PUC/RS - 2015) O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, no artigo 9º, define como portas de entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços:

- Ⓐ de Atenção Primária, de atenção de urgência e emergência, de atenção psicossocial e especiais de acesso aberto.
- Ⓑ de Atenção Primária, Secundária e Terciária.
- Ⓒ de Atenção Primária, de urgência e emergência e de atenção psicossocial.
- Ⓓ de Atenção Primária, média e alta complexidade.
- Ⓔ de urgência e emergência, Unidades Básicas e Ambulatórios.

GRAU DE DIFICULDADE

DICA DO AUTOR: o decreto mencionado na questão, em seu artigo 9º, define como portas de entrada para as ações e serviços nas Redes de Atenção à Saúde os serviços de Atenção Primária, urgência e emergência, atenção psicossocial e especiais de meio aberto. No entanto, os entes federativos podem criar novas portas de entrada, mediante justificativa técnica, pactuação da comissão intergestores e considerando as características da região²².

Resposta: Ⓐ

88 (RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA - HOSPITAL SANTA MARCELINA - VUNESP - 2014) A Rede de Atenção à Saúde:

- Ⓐ tem como seus constituintes serviços de saúde do SUS que mantêm condutas padronizadas em todo o país.
- Ⓑ tem como objetivo principal garantir a universalidade do acesso aos serviços de saúde, sendo a integralidade uma outra etapa da consolidação do SUS.
- Ⓒ caracteriza-se por ter pontos de atenção à saúde de diferentes densidades tecnológicas e classificadas por níveis de importância.
- Ⓓ tem, entre os pontos de atenção à saúde, o domicílio, as Unidades Básicas de Saúde e as unidades ambulatoriais especializadas.
- Ⓔ é uma alternativa à organização do SUS e representa um avanço na forma de gestão.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: INCORRETA. As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são “arranjos organizativos, formados por ações e serviços de saúde, com diferentes configurações tecnológicas e missões

assistenciais, articulados de forma complementar em e com base territorial (...)”¹¹, conforme a Política Nacional de Atenção Básica. Portanto, a RAS não agrupa apenas os serviços de saúde que mantêm condutas padronizadas, conforme afirma a alternativa, e sim os mais diversos serviços e ações de saúde, no intuito de garantir a integralidade do cuidado.

Alternativa B: INCORRETA. Na verdade, a RAS tem como objetivo reorientar as ações e serviços no sistema de saúde, a fim de garantir tanto a universalidade quanto a integralidade, permitindo que o usuário tenha acesso a diversos serviços de saúde, com diferentes densidades tecnológicas, de forma ordenada e não fragmentada, de acordo com a sua necessidade de cuidado.

Alternativa C: INCORRETA. Nas RAS os serviços não são classificados em nível de importância, todos tem um papel a cumprir na garantia da assistência integral aos usuários e são acessados de acordo com as necessidades deste.

Alternativa D: CORRETA. De acordo com a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização das RAS no âmbito do SUS, os pontos de atenção à saúde são “entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular”¹⁷. São exemplos de pontos de atenção à saúde o domicílio, as Unidades Básicas de Saúde e as unidades ambulatoriais especializadas, conforme afirma a alternativa, mas também os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, dentre outros.

Alternativa E: INCORRETA. Na verdade, é uma reorganização da forma de funcionamento e integração de ações e serviços de saúde já existentes, e também preconiza uma reorientação da gestão, para uma maior eficácia e atendimento da demanda de saúde da população.

89 (RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA - HOSPITAL SANTA MARCELINA - VUNESP - 2014) Nas redes de atenção à saúde:

- Ⓐ os diferentes pontos de atenção à saúde devem ser considerados igualmente importantes.
- Ⓑ os equipamentos de maior densidade tecnológica devem ser mais valorizados.

- Ⓒ o ato médico deve ser mais valorizado que o dos demais.
- Ⓓ a regionalização do SUS tende a ser menos importante.
- Ⓔ por serem resolutivos, deve haver uma valorização dos serviços de urgência.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: CORRETA. Todos os pontos de atenção à saúde deverão ser considerados como importantes, pois a lógica da organização em redes é priorizar o cuidado ao usuário, sendo que cada ponto de atenção cumpre seu papel diante das demandas apresentadas.

Alternativa B: INCORRETA. Como já discutido anteriormente, os diversos pontos de atenção nas RAS são considerados como igualmente importantes.

Alternativa C: INCORRETA. Na lógica de cuidado à saúde implementada pelo SUS, o trabalho dos profissionais deve ser multidisciplinar e interdisciplinar e em equipe. Acredita-se que “a presença de diferentes formações profissionais assim como o alto grau de articulação entre os profissionais é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha um lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competências profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências ampliando assim a capacidade de cuidado de toda equipe”¹¹. Assim, o centro do cuidado deixa de ser um procedimento, técnica ou profissional específico e passa a ser o usuário.

Alternativa D: INCORRETA. A organização das RAS exige a definição tanto da região de saúde a que pertence quanto da população a ser atendida, respeitando a pactuação entre o estado e o município. As RAS contemplam a regionalização, mas em nenhum momento a legislação diz que essa deve ser a diretriz mais valorizada.

Alternativa E: INCORRETA. Como já discutido nas alternativas anteriores, deve-se considerar todos os pontos de atenção à saúde com a mesma importância, além disso, aumentar a eficiência e resolutividade de todos eles.

PNH

90 (RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE - FEEVALE/RS - 2014) Acerca da Política Nacional de Humanização no âmbito do SUS, assinale a alternativa correta.

- Ⓐ um de seus objetivos é a ampliação do grau de autonomia dos profissionais da equipe de saúde, buscando maior aderência dos usuários do SUS aos tratamentos propostos, ainda que de forma impositiva.
- Ⓑ para a implementação e expansão da Política Nacional de Humanização, o foco de ação das equipes é a redução da transversalidade entre os diversos atores envolvidos na saúde pública.
- Ⓒ um dos principais eixos norteadores da Política Nacional de Humanização consiste na centralização das ações, concentrando a responsabilização pelos resultados em âmbito nacional.
- Ⓓ a construção de redes regionalizadas de atenção é um importante eixo orientador das ações da Política Nacional de Humanização.
- Ⓔ por se tratar de uma política aplicada em todo o território nacional e que deve ser executada de modo homogêneo e idêntico em todas as regiões do país, não é possível o estabelecimento de parcerias com instituições de ensino, gestores locais e movimentos sociais de cada região.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: INCORRETA. A Política Nacional de Humanização prevê uma maior participação dos profissionais de saúde e usuários na organização e prestação da assistência à saúde. Desse modo, o usuário deve ser visto como sujeito ativo e corresponsável pela assistência à saúde.

Alternativa B: INCORRETA. De acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH) ou Humaniza SUS, “transversalizar é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido”²³. O foco é aumentar o grau de comunicação entre os profissionais da equipe,

diminuindo mais as atuações isoladas e hierarquizadas. A transversalidade, portanto, é uma diretriz dessa política.

Alternativa C: INCORRETA. A PNH está alinhada aos princípios e diretrizes básicos do SUS, portanto, a centralização das ações não é algo desejável, e sim a descentralização.

Alternativa D: CORRETA. A alternativa corresponde a uma das diretrizes da PNH.

Alternativa E: INCORRETA. A afirmativa contrasta com a ideia de construção de redes regionalizadas de atenção à saúde, sendo que as parcerias com gestores locais, movimentos sociais e instituições de ensino é desejável e imprescindível para a execução dessa política.

91 (UFGD - 2013) Ao estabelecer o Humanização SUS, o Ministério da Saúde definiu:

(A) a humanização como um programa para aprofundar relações verticais, em que são estabelecidas normativas a serem aplicadas e operacionalizadas. Isso significa desenvolver ações pautadas em índices a serem cumpridos e em metas a serem alcançadas com resolutividade e qualidade.

(B) a humanização como processo de compreensão do fator humano na organização do SUS, dentro de uma vertente holística de práticas e construção de saberes.

(C) os programas de humanização da rede de atendimentos, priorizando a criança (Hospital Amigo da Criança), a mulher gestante (o parto humanizado), o idoso e o deficiente, que são os segmentos sociais que mais precisam de proteção devido à sua vulnerabilidade.

(D) uma política nacional de estratégia transversal, pactuada no âmbito do Ministério da Saúde, mas que deve abranger todos os níveis de gestão, todas as áreas de conhecimento, bem como todas as relações, sejam elas entre pacientes, trabalhadores, gestores e controle social.

(E) que humanizar é ofertar um serviço de melhor qualidade, com mais rapidez e eficiência, nas esferas do acolhimento, da articulação da referência e contrarreferência e da vinculação entre trabalhador de saúde e usuário.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: INCORRETA. A humanização não estabelece o aprofundamento de relações verticais. Na verdade, visa promover uma qualificação das relações existente entre os atores envolvidos na assistência à saúde, através da gestão participativa entre gestores e profissionais, valorização do profissional, acolhimento com formação de vínculo e responsabilização dos profissionais para com os usuários e controle social.

Alternativa B: INCORRETA. Na humanização há uma preocupação com a troca e produção de saberes diferentes, respeitando-se inclusive o saber dos usuários, o que nada tem a ver com uma perspectiva holística.

Alternativa C: INCORRETA. A política de humanização deve envolver os usuários em geral, bem como os profissionais e gestores.

Alternativa D: CORRETA. A alternativa corresponde à Política Nacional de Humanização.

Alternativa E: INCORRETA. A humanização é mais abrangente, envolve o usuário e sua rede social, os trabalhadores e gestores.

92 (UEPA - PROGRAD/DAA - 2012) O acolhimento, segundo a Política de Humanização do SUS, é:

(A) recepção cordial no setor de arquivo.

(B) escuta qualificada.

(C) recepção burocrática para registro do paciente.

(D) um processo de responsabilização do usuário/trabalhador/equipe de saúde.

(E) escuta das principais queixas.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: INCORRETA. Recepção cordial não é sinônimo de acolhimento, ainda assim, deveria estar presente em todos os setores da saúde. O acolhimento envolve a escuta das necessidades de saúde do paciente, feita por profissionais qualificados.

Alternativa B: CORRETA. O acolhimento é uma das diretrizes da PNH e consiste em “reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde”²³. O acolhimento deverá ser realizado através de uma escuta qualificada, oferecida pelos trabalhadores de saúde aos usuários, para garantir o acesso oportuno dos usuários às tecnologias adequadas às suas necessidades.

Alternativa C: INCORRETA. O acolhimento nada tem a ver com uma recepção burocrática dos usuários, mas sim com uma escuta qualificada das suas necessidades de saúde.

Alternativa D: INCORRETA. A humanização nas ações de saúde prevê a construção de relações de qualidade entre usuários, profissionais e gestores. Entre profissionais e usuários precisa haver a formação de vínculo e responsabilização pelo usuário por parte dos trabalhadores da equipe de saúde. O acolhimento faz parte desse processo, mas a alternativa não define o acolhimento.

Alternativa E: INCORRETA. A escuta qualificada tem a ver com as necessidades trazidas pelo usuário, sendo este entendido em sua totalidade física, psicológica e social. A escuta qualificada vai além das queixas principais.

93 (RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE/ SAÚDE DA FAMÍLIA - PUC/SP - 2015) A Política Nacional de Humanização (PNH) traz a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as esferas do SUS. A proposta é de uma construção coletiva da humanização como política transversal. A PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto. Podemos entender que a PNH é uma:

- (A) forma de garantir, obrigatoriamente, que o paciente seja tratado pelo nome.
- (B) política que pretende caminhar paralela ao SUS.
- (C) política para reduzir a responsabilidade dos atores que constituem a rede SUS.
- (D) política que, entre outras questões, estimula os usuários dos serviços de saúde e seus familiares para que se coloquem como protagonistas do SUS via controle social.

(E) política voltada, unicamente, para a forma de cuidar e tratar o paciente e seus familiares.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: INCORRETA. Tratar o paciente pelo nome e não pelo número de leito ou pela patologia é importante, desde que venha aliado ao reconhecimento do usuário do serviço de saúde como agente do seu próprio cuidado. A humanização é mais do que tratar o paciente pelo nome, pois envolve relações de vínculo, responsabilização, promoção de saúde e autonomia, entre profissionais e usuários, mas também envolve a melhoria nos processos de gestão do trabalho, nas condições de trabalho e formação para os profissionais de saúde.

Alternativa B: INCORRETA. A PNH deve ser concebida como uma política transversal do SUS, e não como uma política paralela.

Alternativa C: INCORRETA. Na verdade, a PNH coloca como uma das características da humanização “aumentar o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, na produção de saúde”²³, o que implica numa transformação na cultura de atenção ao usuário e de gestão dos processos de trabalho.

Alternativa D: CORRETA. O controle social, dentro da lógica da Política Nacional de Humanização, faz parte da qualificação da atenção e da gestão, que visa atenção integral e equânime com responsabilização e vínculo, valorização dos trabalhadores, avanço da democratização da gestão e do controle social participativo. A participação dos usuários e familiares na cogestão da saúde é, portanto, estimulada pela referida política.

Alternativa E: INCORRETA. A política de humanização visa uma reorientação no cuidado ao paciente e seus familiares, no entanto, esse não é seu único foco. A relação entre gestores e profissionais de saúde e as condições de trabalho desses profissionais também estão incluídos na definição do que seria o cuidado humanizado.

94 (RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE/ SAÚDE DO ADULTO E IDOSO - UFAL/AL - 2015) São diretrizes da Política Nacional de Humanização:

- (A) acolhimento; gestão participativa e cogestão; ambiência; clínica ampliada e compartilhada; transversalidade.
- (B) transversalidade; acolhimento; indissociabilidade entre atenção e gestão; valorização do trabalhador.
- (C) protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos coletivos; acolhimento; clínica ampliada e compartilhada.
- (D) transversalidade; acolhimento; indissociabilidade entre atenção e gestão; valorização do trabalhador; defesa dos direitos dos usuários.
- (E) acolhimento; gestão participativa e cogestão; ambiência; clínica ampliada e compartilhada; valorização do trabalhador; defesa dos direitos dos usuários.

GRAU DE DIFICULDADE

DICA DO AUTOR: a PNH é composta por princípios e diretrizes que, na questão, encontram-se misturados em algumas alternativas. Por isso, define-se como princípios da PNH:

- Transversalidade: a PNH deve estar presente e inserida em todas as políticas do SUS;
- Inseparabilidade entre atenção e gestão: compreensão de que as decisões da gestão interferem na atenção;
- Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos individuais e coletivos: reconhecimento de que uma mudança nas relações entre os atores envolvidos no SUS só acontece a partir do reconhecimento da autonomia e do papel de cada um nesse processo.

Já as diretrizes da PNH são:

- Clínica ampliada;
- Gestão participativa e democrática;
- Acolhimento;
- Saúde do trabalhador;
- Valorização do trabalhador;
- Direitos dos usuários;
- Ambiência.

Alternativa A: INCORRETA. A transversalidade é um princípio, não uma diretriz.

Alternativa B: INCORRETA. A indissociabilidade entre atenção e gestão é também um princípio, não uma diretriz da política, assim como a transversalidade.

Alternativa C: INCORRETA. Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos individuais e coletivos também é um princípio e não uma diretriz.

Alternativa D: INCORRETA. Assim como nas alternativas anteriores, a transversalidade e a indissociabilidade entre atenção e gestão são princípios, e não diretrizes.

Alternativa E: CORRETA. A alternativa contempla todas as diretrizes da Política Nacional de Humanização.

95 (UFU - 2013) São dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH), exceto:

- (A) Pacto pela Vida e de Gestão.
- (B) Contrato de Gestão.
- (C) ouvidorias.
- (D) acolhimento com classificação de risco.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: CORRETA. No caso, a alternativa é incorreta, uma vez que o Pacto pela Vida e o Pacto de Gestão fazem parte do Pacto Pela Saúde, estabelecido pela Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2016⁸.

Alternativa B: INCORRETA. Os contratos de gestão fazem parte do princípio da gestão participativa, que orienta a PNH. Os contratos de gestão são “firmados entre as unidades de saúde e as instâncias hierárquicas de gestão como, por exemplo, unidades de saúde ambulatoriais e hospitais, com o distrito sanitário e/ou com o nível central da secretaria de saúde. A pactuação de metas se dá em três grandes eixos: a) ampliação do acesso, da qualificação e humanização da atenção; b) valorização dos trabalhadores, implementação de gestão participativa e; c) garantia de sustentabilidade da unidade”²⁴.

Alternativa C: INCORRETA. As ouvidorias estão previstas também na PNH e estão presentes “em secretarias/distritos de saúde e hospitais/complexos assistenciais para mediar os interesses entre usuários, trabalhadores e gestores; ouvidorias e outros tipos de sistemas de escuta, que acolhem as manifestações de todos os atores envolvidos nos cuidados de saúde. Deve ser organizada para atender tanto os usuários/comunidades, quanto os trabalhadores da saúde,

com mecanismos de retorno e encaminhamento dos problemas identificados”²⁴.

Alternativa D: INCORRETA. O acolhimento permite que o profissional ofereça uma escuta qualificada das necessidades de saúde dos usuários, para que esses possam ser atendidos com prioridades, a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco.

96 (UFU - 2013) A Política Nacional de Humanização (PNH) propõe mudança dos modelos de atenção e de gestão das práticas de saúde. A clínica ampliada vem ao encontro desta proposta de mudança. Em relação à clínica ampliada, assinale a alternativa INCORRETA:

- (A) assume a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde.
- (B) busca ajuda em outros setores, ao que se dá nome de intersetorialidade.
- (C) reconhece o diagnóstico somente como princípio universalizante e generalizável.
- (D) reconhece os limites do conhecimento e das tecnologias empregadas.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: INCORRETA. Uma das premissas da clínica ampliada é a formação de vínculo com o usuário e a responsabilização pelo seu cuidado integral.

Alternativa B: INCORRETA. As ações intersetoriais são estimuladas na PNH.

Alternativa C: CORRETA. A alternativa é incorreta, porque o diagnóstico é concebido a partir da realidade do sujeito, que é visto de maneira integral, considerando aspectos, físicos, psicológicos sociais e o seu contexto. O usuário é visto de forma singular, portanto, o diagnóstico não é generalizável.

Alternativa D: INCORRETA. A alternativa é correta e admite que a assistência em saúde decorre de tecnologias complexas de cuidado, não apenas das chamadas tecnologias “duras”.

97 (RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE/ SAÚDE DO ADULTO E IDOSO - UFAL/AL - 2015) A relevância da institucionalização de uma Política Nacional de Humanização em 2003 pode ser expressa por meio de:

(A) ampliação e qualificação das ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do Sistema Único de Saúde.

(B) buscar pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar.

(C) um grande esforço na construção de um modelo de atenção à saúde que priorize ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletivos.

(D) necessidade de implementar o processo de respostas às complexas questões que envolvem a atenção à saúde das pessoas com deficiência no Brasil.

(E) aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados no SUS, com a ênfase no fortalecimento e na qualificação estratégica da Saúde da Família.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: INCORRETA. A PNH deve transversalizar todas as políticas que integram ao SUS e não se restringe ao campo da promoção de saúde, mas sim a todas as ações de atenção e gestão à saúde.

Alternativa B: CORRETA. A alternativa corresponde a um dos objetivos primordiais da referida política, que é a reorientação dos processos de gestão e cuidado no SUS.

Alternativa C: INCORRETA. A PNH volta-se tanto para usuários do serviço de saúde e seus familiares como também aos profissionais, pois se entende por humanização a construção de relações saudáveis também entre gestores e profissionais, valorizando o trabalhador e cuidando da sua saúde.

Alternativa D: INCORRETA. A política em questão não se refere apenas às pessoas com deficiência, mas a todos os usuários, gestores e profissionais ligados ao SUS.

Alternativa E: INCORRETA. A PNH deverá ser implementada em todos os níveis de atenção, não se restringe apenas ao Programa de Saúde da Família ou à Atenção Básica.

98 (RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE/ SAÚDE DO ADULTO E IDOSO - UFAL/AL - 2015) De acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH, 2003), acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade

de de saúde. Nesse sentido, como fazer o acolhimento na área da saúde?

- (A) utilizando recursos que permitam enriquecimento dos diagnósticos (outras variáveis, além do enfoque orgânico, inclusive a percepção dos afetos produzidos nas relações clínicas) e a qualificação do diálogo (tanto entre os profissionais de saúde envolvidos no tratamento quanto destes com o usuário), de modo a possibilitar decisões compartilhadas.
- (B) com uma escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário, é possível garantir o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde.
- (C) a discussão compartilhada do projeto arquitetônico, das reformas e do uso dos espaços de acordo com as necessidades de usuários e trabalhadores de cada serviço é uma orientação que pode melhorar o trabalho em saúde.
- (D) todo cidadão tem direito a uma equipe que cuide dele, de ser informado sobre sua saúde e também de decidir sobre compartilhar ou não sua dor e alegria com sua rede social.
- (E) rodas de conversa para colocar as diferenças em contato, de modo a produzir movimentos de desestabilização que favoreçam mudanças nas práticas de gestão e de atenção.

GRAU DE DIFICULDADE

DICA DO AUTOR: a PNH²³ estabelece que o acolhimento deve ser feito através de uma escuta qualificada do trabalhador ao usuário, para que seja possível garantir a esses usuários o acesso oportuno a tecnologias de saúde adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde. O que assegura que todos sejam atendidos com prioridade, a partir da avaliação da vulnerabilidade, gravidade e risco.

Alternativa A: INCORRETA. Na verdade, a política referida destaca o papel de uma escuta qualificada do usuário, para que suas necessidades possam ser atendidas com maior eficácia, evitando intervenções desnecessárias e aumentando a resolatividade.

Alternativa C: INCORRETA. A alternativa não aborda o acolhimento do usuário, como foi solicitado no enunciado da questão.

Alternativa D: INCORRETA. A alternativa trata dos direitos dos usuários, que constam nas diretrizes da PNH, mas que não correspondem ao conceito de acolhimento trazido pela política nem à orientação sobre como fazer o acolhimento.

Alternativa E: INCORRETA. Apesar de ser uma orientação da política, não corresponde ao acolhimento.

99 (RESIDÊNCIA EM SAÚDE DO IDOSO - PUC/RS - 2015) Os compromissos assumidos na implementação da Política Nacional de Humanização (PNH) são, respectivamente:

- I. Propor e integrar estratégias de ação que constituam o “campo da humanização”, operando como apoio matricial para as áreas, as coordenações e os programas de saúde no que for com eles contratualizado.
- II. Propor e integrar estratégias de ação para implantação da PNH no âmbito do Ministério da Saúde em interface com as demais áreas e coordenações e as demais instâncias do SUS.
- III. Criar grupo de apoiadores regionais da PNH, que trabalharão com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, os Polos de Educação Permanente, os hospitais e outros equipamentos de saúde que desenvolvam ações de humanização.
- IV. Criar e incentivar mecanismos de divulgação e avaliação da PNH em interface com as demais áreas, as coordenações e os programas do Ministério da Saúde.

- (A) apenas as assertivas I e II estão corretas.
- (B) apenas as assertivas I, II e III estão corretas.
- (C) apenas as assertivas III e IV estão corretas.
- (D) todas as assertivas estão corretas.
- (E) nenhuma das assertivas está correta.

GRAU DE DIFICULDADE

DICA DO AUTOR: a Política Nacional de Humanização²³, na construção do “campo de humanização”, assumiu alguns compromissos, listados a seguir:

- Propor e integrar estratégias de ação que constituam o “campo da humanização”, operando como apoio matricial para as áreas as coordenações e os programas de saúde no que for com eles contratualizado;
- Propor e integrar estratégias de ação para implantação da PNH no âmbito do Ministério da Saúde em interface com as demais áreas e coordenações e as demais instâncias do SUS;
- Criar grupo de apoiadores regionais da PNH, que trabalharão com as SES, as SMS, os Polos de Educação Permanente, os hospitais e outros equipamentos de saúde que desenvolvam ações de humanização. Tal grupo funcionará como um dispositivo articulador e fomentador de ações humanizantes, estimulando processos multiplicadores nos diferentes níveis da rede SUS;
- Criar e incentivar mecanismos de divulgação e avaliação da PNH em interface com as demais áreas, as coordenações e os programas do MS.

Resposta: Ⓓ

100 (RESIDÊNCIA EM SAÚDE DO IDOSO - PUC/RS - 2015) A Política Nacional de Humanização toma cinco diretrizes centrais para orientar a ação das equipes que têm por tarefas produzir saúde, são elas:

- I. Acolhimento.
- II. Gestão democrática das organizações de saúde, dos processos de trabalho e de formação, da clínica e da saúde coletiva.
- III. Clínica ampliada.
- IV. Valorização do trabalho dos trabalhadores da saúde.
- V. Garantir os direitos dos usuários.

Verifica-se que está(ão) correta(s):

- (A) I, II, III e IV, apenas.
- (B) I, II e IV apenas.
- (C) II, III e IV, apenas.
- (D) II e III, apenas.
- (E) I, II, III, IV e V

GRAU DE DIFICULDADE

DICA DO AUTOR: São diretrizes para a execução da PNH:

- Clínica ampliada;
- Gestão participativa e democrática;
- Acolhimento;
- Saúde do trabalhador;
- Valorização do trabalhador;
- Direitos dos usuários;
- Ambiência.

Assertiva I: CORRETA. O acolhimento é uma diretriz da PNH.

Assertiva II: CORRETA. A gestão democrática das organizações de saúde, dos processos de trabalho e de formação, da clínica e da saúde coletiva corresponde ao conceito de gestão democrática e participativa, sendo, portanto, uma diretriz da PNH;

Assertiva III: CORRETA. A clínica ampliada também é uma diretriz da PNH.

Assertiva IV: CORRETA. A valorização do trabalhador de saúde, também se constitui em uma diretriz da Política Nacional de Humanização.

Assertiva V: CORRETA. A garantia de direitos dos usuários, assegurada pelo SUS, também é uma diretriz da referida política.

Resposta: Ⓔ

101 (RESIDÊNCIA EM SAÚDE DO IDOSO - PUC/RS - 2015) São princípios norteadores da Política Nacional de Humanização para o Sistema Único de Saúde:

- I. Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização.
- II. Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos.
- III. Serão reduzidas as filas e o tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco.
- IV. Todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde, e os serviços de saúde se responsabilizarão por sua referência territorial.

- V. As unidades de saúde garantirão as informações ao usuário, o acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha) e os direitos do código dos usuários do SUS.

- (A) apenas a alternativa I está correta.
 (B) apenas a alternativas II está correta.
 (C) apenas as alternativas I e II estão corretas.
 (D) apenas as alternativas III, IV e V estão corretas.
 (E) todas as alternativas estão corretas.

GRAU DE DIFICULDADE

DICA DO AUTOR: existem cinco princípios norteadores da Política Nacional de Humanização do SUS, que são:

1. Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização.
2. Estimulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos.
3. Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade.
4. Atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS.
5. Utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos²³.

A questão pode se tornar confusa, porque traz princípios em algumas afirmativas e as marcas/prioridades da política em outras. É preciso ter atenção!

Assertiva I: CORRETA. Corresponde ao primeiro princípio da Política Nacional de Humanização.

Assertiva II: CORRETA. Corresponde ao segundo princípio da PNH.

Assertiva III: INCORRETA. Aqui, a alternativa traz uma das marcas ou prioridades da política, mas não um dos seus princípios.

Assertiva IV: INCORRETA. A garantia de informação é uma das marcas ou prioridades da política, mas não um princípio.

Assertiva V: INCORRETA. A assertiva também traz uma marca ou prioridade da política.

Resposta: (C)

102 (RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA - HOSPITAL SANTA MARCELINA - VUNESP - 2014) A política nacional de humanização do SUS:

- (A) decorre de uma visão humanista de que a caridade é devida às pessoas que não têm condições dignas de vida.
 (B) foi estabelecida após se constatar que os profissionais do SUS não percebiam que a saúde é direito de todos e dever do Estado.
 (C) tem sido operacionalizada por meio de um programa que deverá ser desenvolvido até que se constate que a assistência esteja satisfatória.
 (D) tem o objetivo de estabelecer a responsabilidade dos profissionais pela qualidade de assistência oferecida aos usuários.
 (E) pressupõe oferta de serviço de saúde com avanços tecnológicos, acolhimento, melhores condições de cuidado e de trabalho para os profissionais do SUS.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: INCORRETA. A PNH nada tem a ver com a noção de caridade. Primeiramente, porque a saúde é um direito constitucional, e não um favor prestado pelo governo à população. O próprio texto da política alerta para o risco de se confundir as ações de humanização com caridade, voluntariado e benesses, e define que “humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais”²³.

Alternativa B: INCORRETA. A PNH foi idealizada para solucionar problemas existentes na relação entre profissionais/usuários, profissionais/gestores, relacionados à fragmentação e verticalização de processos de trabalho, de problemas na gestão, na formação profissional e no controle social, por parte dos usuários do serviço de saúde.

Alternativa C: INCORRETA. Não existe nada no texto da PNH que verse sobre isso. Como o documento discorre sobre a produção de cuidado, de sujeitos autônomos, de relações de vínculo e responsabilização entre usuários, profissionais e gestores, faz mais sentido que essa política seja permanente.

Alternativa D: INCORRETA. Os profissionais têm, obviamente, responsabilidade pelo cuidado oferecido ao usuário, mas um profissional submetido a péssimas condições de trabalho e a modos de gestão que não reconhecem e valorizam o trabalho e a saúde do profissional também não está sendo tratado de maneira humanizada, não está sendo cuidado, o que prejudica a assistência. Por isso, a PNH não está voltada apenas à responsabilidade do profissional.

Alternativa E: CORRETA. A PNH visa aliar o avanço tecnológico ao cuidado, ao acolhimento e à melhoria das relações desenvolvidas pelos atores do processo de produção de cuidado.

103 (RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE - HOSPITAL SANTA MARCELINA - VUNESP - 2014) Em uma unidade de saúde, os trabalhadores mobilizam-se com o objetivo de conquistar tempo suficiente para cada paciente, tanto para ouvi-lo como para buscar soluções. Querem, também, que sejam incrementadas as atividades de atendimento em grupo. Essas reivindicações são levadas para a direção. A respeito dessa situação, assinale a alternativa correta:

- (A) trata-se de um movimento que é contrário à política de humanização, pois contribui para o aumento da morosidade do atendimento, prejudicando os pacientes.
- (B) o acolhimento em grupo tem se mostrado insatisfatório, pois os pacientes sentem-se constrangidos, sendo, portanto, uma proposta contrária à política de humanização.
- (C) o movimento faz parte da política de humanização do SUS, pois é uma tentativa de aprimorar o atendimento.
- (D) embora faça parte da política de humanização do SUS, o movimento diminui a possibilidade de acesso da população à atenção à saúde.
- (E) a reivindicação faz parte de um movimento que deveria ser conduzido pelo sindicato e não pelos trabalhadores da saúde.

GRAU DE DIFICULDADE



Alternativa A: INCORRETA. O aumento do tempo para atendimento individual visa oferecer uma escuta qualificada ao usuário do serviço de saúde, já o atendimento em grupo poderia ampliar o acesso ao serviço de saúde, promover a troca de informações entre profissionais e usuários, favorecendo processos de educação em saúde, promoção de autonomia e controle social, todos em consonância com a PNH.

Alternativa B: INCORRETA. Ao contrário do que traz a alternativa, os grupos têm se mostrado uma estratégia eficaz para o compartilhamento de experiências e troca de saberes entre profissionais e usuários.

Alternativa C: CORRETA. A tentativa dos profissionais de saúde está alinhada à PNH.

Alternativa D: INCORRETA. O movimento iniciado pelos trabalhadores talvez aumentasse a procura pelo serviço, já que com um maior tempo de atendimento individual se melhoraria o acolhimento e o grupo poderia ser um atrativo para a população.

Alternativa E: INCORRETA. A PNH estimula que os trabalhadores de saúde sejam cogestores do seu processo de trabalho sendo, portanto, um movimento cabível e alinhado às diretrizes da PNH.

DIREITOS E DEVERES DOS USUÁRIOS

104 (RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE - FEEVALE/RS - 2014) Acerca dos direitos e deveres dos usuários e profissionais do SUS, assinale a alternativa incorreta.

- (A) em caso de risco de vida ou lesão grave, deverá ser assegurada a remoção do usuário, em tempo hábil e em condições seguras.
- (B) quando houver alguma dificuldade temporária para atender as pessoas, é da responsabilidade da direção e da equipe do serviço acolher, dar informações claras e encaminhá-las sem discriminação e privilégios.
- (C) o acesso dos usuários do SUS será preferencialmente nos serviços de atenção básica integrados por centros de saúde, postos de saúde, unidades de saúde da família e unidades básicas de saúde ou similares mais próximos de sua casa.

- Ⓓ mesmo em situações de urgência ou emergência, somente poderá receber e cuidar da pessoa, bem como encaminhá-la para outro serviço em caso de necessidade, o serviço de saúde responsável pela área onde reside a pessoa a ser atendida.
- Ⓔ é direito da pessoa ter atendimento adequado, com qualidade, no tempo certo e com garantia de continuidade do tratamento.

GRAU DE DIFICULDADE

DICA DO AUTOR: para responder a essa questão, você deverá pesquisar a Carta de Direitos dos Usuários da Saúde²⁵, Portaria nº 1820, de 13 de agosto de 2009, do Ministério da Saúde.

Alternativa A: INCORRETA. De acordo com o parágrafo 3º do artigo 2 da carta, “em caso de risco de vida ou lesão grave, deverá ser assegurada a remoção do usuário, em tempo hábil e em condições seguras, para um serviço de saúde com capacidade para resolver seu tipo de problema”²⁵, portanto, a alternativa está correta.

Alternativa B: INCORRETA. A alternativa está correta e corresponde ao parágrafo 5º do art. 2 da Carta de Direitos dos Usuários da Saúde.

Alternativa C: INCORRETA. A alternativa está correta, porque as unidades de saúde que compõem a atenção básica são a porta de entrada preferencial do SUS. A alternativa corresponde ao parágrafo 1º do art. 2 da Carta.

Alternativa D: CORRETA. No caso, a alternativa está incorreta, visto que, de acordo com o parágrafo 2º do art. 2 da Carta de Direitos dos Usuários da Saúde, nas situações de emergência qualquer serviço de saúde deve receber e cuidar da pessoa ou encaminhá-la para outro serviço caso haja necessidade.

Alternativa E: INCORRETA. Essa afirmativa corresponde ao art. 3 da Carta de Direitos dos Usuários de Saúde e está correta.

105 (RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE - FEEVALE/RS - 2014) Assinale a alternativa correta acerca do tratamento a ser dispensado aos usuários do Sistema de Saúde pelos profissionais da equipe de saúde no âmbito do SUS.

- Ⓐ o paciente poderá ser chamado por número ou código da doença para sistematizar e agilizar o atendimento.

- Ⓑ é proibida a designação do paciente por nome social.

Ⓒ deve ser garantido o direito a acompanhante em internações hospitalares nos casos previstos em lei e quando a autonomia do paciente estiver comprometida.

Ⓓ é garantido o direito à escolha de alternativa de tratamento, quando houver, entretanto, não poderá o paciente se recusar ao tratamento proposto.

Ⓔ poderá o paciente receber visita, quando internado, de outros profissionais de saúde que não pertençam àquela unidade hospitalar, entretanto será vedado a esse profissional o acesso ao prontuário.

GRAU DE DIFICULDADE

Alternativa A: INCORRETA. De acordo com a Carta de Direitos dos Usuários da Saúde, art. 4, inciso I, seria um direito do usuário a “identificação pelo nome e sobrenome civil, devendo existir, em todo documento do usuário e usuária, um campo para se registrar o nome social, independentemente do registro civil, sendo assegurado o uso do nome de preferência, não podendo ser identificado por número, nome ou código da doença, ou outras formas desrespeitosas, ou preconceituosas”²⁵.

Alternativa B: INCORRETA. Como já exposto acima, deve haver em todo documento do usuário um espaço para registrar o nome social, independente do registro civil, e o usuário deve ser chamado pelo nome de sua preferência.

Alternativa C: CORRETA. A afirmativa corresponde ao inciso VI do artigo 4 da Carta de Direitos dos Usuários da Saúde.

Alternativa D: INCORRETA. Ao paciente é franqueada a escolha por alternativas de tratamento, quando disponíveis, desde que seja informado pelo profissional acerca dos custos de benefícios desses tratamentos e também o direito de recusa do tratamento, que deve ser atestado na presença de uma testemunha, conforme o parágrafo IX do artigo 4º da Carta de Direitos dos Usuários da Saúde.

Alternativa E: INCORRETA. Os pacientes podem receber visitas de outros profissionais quando internados em instituição de saúde, sendo que o prontuário é de livre acesso a esses profissionais.

1 - HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Nesta primeira seção, faremos um apanhado histórico de como se constituíram as políticas públicas de saúde ao longo da história do Brasil, até o Movimento de Reforma Sanitária que deu origem ao SUS. Para organizar melhor a exposição, os períodos históricos foram agrupados da seguinte maneira: Colônia e Império (1500-1888), República (1889-1964), Ditadura Militar (1964-1985) e Nova República (1985 em diante), destacando os acontecimentos mais relevantes em cada época e também os mais recorrentes nas provas dos programas de residência multiprofissional.

1.1 - COLÔNIA (1500-1882)

No Brasil Colônia, não existia nenhum modelo de assistência à saúde, muito menos disposição de Portugal em prestar essa assistência. A medicina oficial era exercida por alguns médicos e farmacêuticos, ou boticários, como eram conhecidos na época. Os médicos eram formados na Europa e atendiam apenas a aristocracia. Já os boticários (farmacêuticos) tinham a formação atrelada ao acompanhamento das atividades de uma botica e obtenção de certificado. Pela escassez de médicos, muitas vezes eram os boticários que extrapolavam seu papel e prescreviam medicações aos doentes. No entanto, a população em geral, majoritariamente constituída por indígenas e negros escravizados, não conhecia a medicina oficial e contava apenas com a medicina popular, através das curandeiras, rezadeiras e parteiras.

Alguma mudança começa a acontecer em 1808, com a vinda da família real ao Brasil, que cria a necessidade de um mínimo de organização sanitária na capital, na época, a cidade do Rio de Janeiro. Para atender às demandas do recém-instalado governo, são criadas as primeiras escolas de medicina do país: o Colégio Médico-Cirúrgico de Salvador e a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro.

1.2 - IMPÉRIO (1822-1889)

Com a Declaração da Independência, algumas mudanças começam a acontecer. As ações de saúde têm como interesse principal o controle sanitário mínimo da capital do império. Surgiu um interesse cada vez maior na regulamentação do exercício da medicina e a construção dos primeiros hospitais. Segundo alguns autores,^{26,27} as principais ações de saúde da época eram: 1) delegação das ações de saúde às juntas municipais; 2) controle dos navios e saúde dos portos; 3) proteção e saneamento das cidades, especialmente as portuárias; 4) controle e observação das doenças e doentes, especialmente os ambientes em que esses doentes viviam; 5) maior conhecimento sobre as doenças, para um controle e combate mais eficaz a estas.

Ressalta-se que a preocupação com a saúde estava subordinada à dimensão econômica de manter a mão de obra saudável e garantir a produção e exportação.

1.3 - REPÚBLICA (1889-1964)

REPÚBLICA VELHA (1889-1930)

A Proclamação da República em 1889 dá início a um novo ciclo político-econômico na história do país. O país começa a organizar as instituições jurídico-políticas e é adotado o voto direto através do sufrágio universal. No entanto, a economia continuava predominantemente agrária, nas mãos dos grandes produtores de café que centralizavam o poder político (coronelismo).

Nessa época, consolidou-se uma pequena burguesia ligada à economia cafeeira. As lavouros de café demandavam cada vez mais mão de obra para todas as etapas da cadeia produtiva, até a exportação. Com a imigração, o trabalho agora era assalariado e as péssimas condições de higiene e saúde prejudicavam os trabalhadores e, por conseguinte, o crescimento da

economia. Nessa época, grandes epidemias ameaçavam a segurança dos portos e, por conta disso, alguns navios estavam se recusando a atracar nos portos brasileiros. O quadro sanitário era caótico e caracterizado pela presença de graves doenças como varíola, malária, febre amarela e a peste.

Dentro desse contexto, têm-se o início das ações de saúde pública, voltadas para contenção de epidemias específicas e saneamento de portos. Nessa época, além da organização de ações públicas para melhoria no saneamento básico da capital, Oswaldo Cruz foi nomeado como diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, órgão ligado ao Ministério da Justiça, sendo sua proposta inicial erradicar a febre amarela no Rio de Janeiro. O combate à epidemia era feito seguindo um modelo militar, baseado na detecção dos doentes, internação forçada em hospitais gerais - que, por conta das precárias condições de higiene, eram conhecidos pela população como matadouros humanos ou isolamento forçado dos doentes sem assistência médica. As ações eram executadas através da força, por um exército composto por aproximadamente 1.500 “guardas-sanitários”.

A desinformação, a imposição das ações e a desconfiança da população em relação aos métodos de controle das epidemias levaram a um descontentamento geral, que se intensificou quando Oswaldo Cruz propôs um decreto tornando obrigatória a vacinação contra varíola, culminando na Revolta da Vacina.

Apesar das arbitrariedades cometidas sob a direção de Oswaldo Cruz, as ações realizadas resultaram na erradicação da febre amarela no Rio de Janeiro, fortalecendo o modelo adotado e instituindo como ações de saúde: 1) o registro demográfico, possibilitando o conhecimento da população e geração de dados epidemiológicos; 2) a introdução do laboratório para auxiliar o diagnóstico; e 3) a fabricação de vacinas e outros produtos profiláticos para uso em massa.

Em 1920, Carlos Chagas sucedeu a Oswaldo Cruz e reorganizou o Departamento Nacional de Saúde. Além disso, rompeu com a tradição mais militarista das ações de saúde, instituindo

a propaganda e a educação sanitária para a população. As atividades de saneamento foram expandidas para outros estados e criados órgãos de combate a doenças específicas como tuberculose, lepra e doenças venéreas.

O modelo de saúde instituído nessa época ficou conhecido como “sanitarismo campanhista”, que consiste em campanhas sanitárias para combater epidemias, instituindo a vacinação obrigatória e a limpeza e desinfecção de espaços públicos e domiciliares, além de outras ações de medicalização do espaço urbano, atingindo em sua maioria as camadas mais pobres da população²⁸. É importante ressaltar que esse modelo continuou a influenciar as ações de saúde pública até a década de 1960.

O período da República Velha também é marcado pelo surgimento da Previdência Social. No contexto de urbanização crescente e utilização da força de trabalho dos imigrantes, que já tinham um histórico de organização operária na Europa, surgem as primeiras reivindicações por melhoria nas condições de trabalho e por direitos trabalhistas. A partir desse movimento por direitos trabalhistas, o Congresso aprovou, em 1923, por meio da Lei Eloy Chaves, a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPS). Assim, trabalhadores, empresas e consumidores contribuíam para a criação de um fundo que pudesse fornecer aos trabalhadores: 1) assistência médica para si mesmo e familiares; 2) medicamentos com preço especial; 3) aposentadoria; e 4) pensão para seus herdeiros em caso de morte.

A criação das CAPS inaugura o modelo privatista-previdenciário, baseado na contribuição mensal dos trabalhadores para o atendimento das necessidades médicas individuais. Vale ressaltar que as CAPS só atendiam empregados com carteira assinada dos centros urbanos, excluindo dos benefícios à população do campo e os trabalhadores informais.

SEGUNDA REPÚBLICA (ERA VARGAS, 1930-1945)

Em 1930 inaugura-se um período no Brasil denominado “Estado Novo”. Nesse momento histórico, as crises econômicas internacionais,

em especial a crise de 1929, resultou numa diminuição do poder das oligarquias agrárias, pois impactou diretamente a economia cafeeira. Em 1930 é instalada uma revolução liderada por Getúlio Vargas para romper com a chamada política do café-com-leite, centralizada em São Paulo e Rio de Janeiro, respectivamente. Foram efetivadas mudanças como a criação de alguns ministérios, uma nova constituição foi promulgada e o Estado passa a assumir um papel de regulador da economia, definindo um projeto de fortalecimento da industrialização. Foi criada a justiça do trabalho e homologada à Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT).

Em relação à Previdência Social, as CAPS foram substituídas pelos IAPs (Instituto de Aposentadoria e Pensão), que passam a ser organizadas por categoria profissional e não mais por empresas, sendo os principais IAPs o dos marítimos, comerciários, bancário e industriários. Diferentes IAPs tinham diferentes volumes de recursos, acarretando numa desigualdade na oferta de assistência mesmo entre os trabalhadores de carteira assinada. Ainda ficam de fora da assistência à saúde os trabalhadores liberais, domésticos e rurais.

PERÍODO POPULISTA (1945-1964)

Esse período inicia-se em 1945, mas é na década de 1950 que acontecem mais mudanças na proteção à saúde. Em 1953 é criado o Ministério da Saúde e, em 1956, é criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENRERU). Com o crescimento da industrialização, cria-se uma massa de operários aumentando a demanda de assistência à saúde. Portanto, os serviços de saúde entram em expansão e começam a se organizar os convênios-empresa, para prestação de serviços privados de saúde a trabalhadores.

Nesse período, o modelo de oferta de serviços de saúde centraliza-se cada vez mais no hospital (modelo hospitalocêntrico), com ênfase na medicina individual e especializada. Isso torna a assistência à saúde cada vez mais dispendiosa. Paralelo ao modelo hospitalocêntrico, desenvolve-se também uma ideologia denominada de “sanitarismo-desenvolvimentista”, influenciada pelo desenvolvimento dos modelos de estado de bem-estar social ao redor do mundo. Essa ideologia relacionava

pobreza-doença-subdesenvolvimento e indicava a necessidade de investir em políticas para melhoria das condições de saúde da população como forma de impulsionar o desenvolvimento. É o início de uma discussão mais séria sobre o direito à saúde e sobre as políticas de proteção social.

Em relação à Previdência, na década de 1950 ocorreu a unificação dos IAPs e em 1960 foi sancionada a Lei Orgânica de Assistência Social.

1.4 - DITADURA MILITAR (1964-1985)

O período da Ditadura Militar é um período de intensas transformações no cenário político, econômico e social do Brasil. A princípio, o movimento de 1964, que culminou no golpe militar, teve apoio da burguesia, contrária ao projeto populista de João Goulart, que visava o investimento em empresas estatais e maior intervenção do governo na economia e maior proteção aos trabalhadores. No entanto, com o passar do tempo, percebeu-se que a repressão militar em si não garantiria a permanência do governo, que buscou então apoio da população. Mas esse apoio precisaria acontecer sem a participação da sociedade civil. Portanto, foi criada uma tecnoburocracia, ou seja, alguns profissionais eram selecionados e colocados sob a supervisão do Estado para repensar, sob os dogmas do regime militar, toda a ordenação e funcionamento do Estado, bem como a oferta de serviços.

A primeira medida adotada foi a unificação do IAPS, que antes cobriam apenas algumas categorias profissionais e agora seria estendido a todos os trabalhadores urbanos. Em 1967 foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Os benefícios foram padronizados para todos os trabalhadores contribuintes e a assistência médica foi incluída. A princípio, a criação do INPS possibilitou a captação de uma grande quantidade de recursos, mas também foi necessário ampliar os serviços para atender o aumento da demanda. Posteriormente foram também estendidos a trabalhadores rurais, através do PRORURAL, em 1971, e, em 1972, aos trabalhadores autônomos e domésticos.

Desse modo, desenvolveu-se o que ficou conhecido como “complexo médico-empresarial” (ou complexo médico-industrial), com

a alocação de recursos públicos para o setor privado, investimento maciço na construção de hospitais privados e na medicina curativa individual e o baixo investimento em programas de saúde pública. A assistência à saúde ficou cada vez mais onerosa e pouco eficaz.

Em 1970 foi criada a Superintendência de Campanhas e Saúde Pública (SUCAM), órgão responsável pelo controle de endemias. Em 1975 instituiu-se o Sistema Nacional e Saúde, que delimitava o escopo de atuação dos setores públicos e privados no campo da saúde. Além disso, o Sistema Nacional de Saúde radicalizou a divisão entre medicina preventiva e curativa, estabelecendo que as ações curativas seriam de responsabilidade do então instituído Ministério da Previdência e Assistência Social e as ações preventivas seriam da abrangência do Ministério da Saúde. No ano seguinte foi criado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), absorvendo técnicos oriundos do “movimento sanitário”.

Algumas tentativas foram feitas para organizar o sistema, como a criação de um órgão administrativo-financeiro próprio para o INPS e o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), em 1978. No entanto, sob o impacto da crise econômica de 1975, que reduziu o crescimento econômico, aumentou o número de desempregados diminuindo, portanto, as contribuições, o sistema de saúde entra em crise.

1.5 - REDEMOCRATIZAÇÃO E NOVA REPÚBLICA

O período de redemocratização foi marcado pela crise do sistema de saúde e de Previdência, com tentativas de reorganização desses sistemas. No âmbito da saúde, temos o movimento de Reforma Sanitária, que tentava ampliar e expandir o sistema de saúde e previdenciário a mais parcelas da população, evidenciando um conflito de interesses com a Previdência Social. Vale ressaltar que o Movimento de Reforma Sanitária era integrado pelos seguintes órgãos e associações: Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), Associação dos Médicos Sanitaristas, Associação Paulista de Saúde Pública.

Em 1980 ocorreu a VII Conferência Nacional de Saúde, que tinha como proposta principal

estender o Programa de Interiorização das Ações de Saúde Sanitária (PIASS) a todo o território nacional, através da criação do Prev-Saúde. O Prev-Saúde tinha como objetivo oferecer os cuidados básicos de saúde à população, visando à promoção, proteção e recuperação da saúde²⁷. No entanto, o Prev-Saúde não chegou a ser implantado na época, devido às pressões oriundas do setor privado contratado, mais especificamente da Federação Brasileira dos Hospitais²⁶.

Em 1981 foi criado o Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), no intuito de combater as fraudes no sistema de saúde, cometidas pelos prestadores de serviços privados. Como o CONASP também incorporou muitos técnicos do movimento sanitário, inicia-se uma ruptura no interior do sistema, uma brecha para repensar o sistema de saúde vigente e propor mudanças. A partir do diagnóstico da situação de saúde realizada pelo CONASP, foram criadas quatro propostas operacionais para a reestruturação do sistema de saúde: o Programa das Ações Integradas de Saúde (PAIS), o Programa de Orçamentação Integrada (POI), o Programa de Racionalização Ambulatorial (PRA) e o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS), mais bem detalhados abaixo:

- O PAIS, que depois foi denominado de AIS (Ações Integradas em Saúde), foi criado em 1983 e se constituiu como a principal proposta de expansão do acesso à saúde a toda a população, de forma gratuita. Consistiu na assinatura de convênios entre o Ministério da Saúde, INAMPS e Secretarias Estaduais para a construção de uma rede de serviços de saúde, em um modelo semelhante ao Prev-Saúde²⁷;
- O POI consistiu numa proposta de integração dos recursos do INAMPS, estados e municípios e de planejamento dos gastos do setor de saúde;
- O PRA visava estabelecer uma articulação e hierarquia entre os postos de assistência médica (PAM) do INAMPS e os laboratórios e consultórios privados;
- O SAMHPS visava o controle de recursos para o setor privado conveniado, através da criação do AIH (Autorização de Internação Hospitalar).

Na Nova República, instalada após o fim da ditadura, o marco na área da saúde foi a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Essa Conferência foi fundamental para a definição de um conceito de saúde que embasaria todas as ações de saúde e também para o estabelecimento da saúde como direito de todo o cidadão. A saúde passa a ser definida como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida”²⁷. O relatório da Conferência colocou como papel do Estado garantir à população as condições dignas de vida, geradoras de saúde e também o acesso aos serviços de saúde.

Após a VII Conferência, foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que deveria reorganizar a saúde para a posterior construção do SUS, que consistiu em um avanço no processo de descentralização da saúde, dando mais autonomia aos estados de executar as suas ações de saúde.

O relatório da VII Conferência também serviu como instrumento para a inserção do direito à Saúde na Constituição de 1988, que estudaremos a seguir.

2 - CONSTITUIÇÃO FEDERAL

Na Constituição Federal³, os artigos que vão de 196º ao 200º versam sobre a saúde pública, e questões sobre eles são recorrentes em provas de residência. As questões mais recorrentes relacionam-se aos seguintes artigos:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de tercei-

ros e, **também, por pessoa física ou jurídica de direito privado** (grifo nosso).

Nesse artigo, é importante perceber que a execução de serviços e ações de saúde não é vetada à pessoa física ou jurídica de direito privado. Ou seja, profissionais de saúde podem exercer suas atividades em consultório ou ligados a clínicas, hospitais etc. sendo que estes podem ser privados. O art. 198 estabelece que as ações e serviços de saúde constituem um sistema único, o SUS, e traz ainda as diretrizes para a organização desse sistema, que são:

- I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. Participação da comunidade³.

O mesmo artigo traz, ainda, alguns parágrafos (§1º ao §4º) que tratam do financiamento do SUS, nos quais se destaca a participação das três esferas de governo no financiamento do SUS. Fica estabelecido que o SUS deva ser financiado com recursos da Seguridade Social e outras fontes de arrecadação. Os percentuais foram definidos posteriormente, em emenda constitucional.

Os parágrafos 4º ao 6º regulamenta a admissão de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e regulamenta suas atividades e requisitos para o cargo, como também a perda de função caso não cumpra com suas atividades.

O artigo 199 trata da participação da iniciativa privada na oferta de ações e serviços de saúde, que é livre. No entanto, em relação à participação da iniciativa privada no SUS, o parágrafo 1º estabelece que “as instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos”³.

O parágrafo 2º do mesmo artigo proíbe a destinação de recursos públicos para subsidiar a iniciativa privada. O 3º proíbe a participação direta ou indireta de capital estrangeiro na assistência à saúde, salvo em casos previstos por lei. E o parágrafo 4º proíbe a comercialização de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante e pesquisa e informa que as

diretrizes para a remoção de órgãos e tecidos, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue devam ser regulados por lei. Por fim, o artigo 2003 estabelece algumas atribuições do SUS, que são:

- I. Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
- II. Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- III. Ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV. Participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- V. Incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
- VI. Fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- VII. Participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- VIII. Colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

3 - LEIS ORGÂNICAS DA SAÚDE - Nº 8.080/90 E Nº 8.142/90

As Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90 são conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde porque regulamentam, respectivamente, as ações e serviços do SUS, bem como sua abrangência e competência, e o financiamento e participação popular no SUS.

3.1 - A LEI Nº 8.080/90

A Lei nº 8.080/90 é o documento que dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde da população, e também regulamenta a organização e funcionamento dos serviços de saúde. Em seu artigo 1º, estabelece que: “esta Lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou pri-

vado”⁴. Alguns pontos dessa lei são bem relevantes e recorrentes nas provas de residência, que são:

DEFINIÇÃO DE SAÚDE

O artigo 2º estabelece a saúde como direito de todos e dever do estado, e delimita qual a natureza da obrigação do Estado para com a saúde dos cidadãos:

O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação⁴.

Ressalta-se também que o dever do Estado não exclui o dever das pessoas, família e sociedade no cuidado à saúde.

Em seu artigo 3º, observa-se que a concepção de saúde trazida pela lei alinha-se com a definição da OMS. São estabelecidos os determinantes e condicionantes de saúde e consideram-se ações de saúde aquelas que trazem bem-estar físico, mental e social.

Art. 3 - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social⁴.

DEFINIÇÃO DO SUS, OBJETIVOS E ATRIBUIÇÕES

De acordo com a Lei nº 8.080/90, em seu artigo 4, o SUS pode ser definido como “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e

indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público⁴.

Esse artigo divide-se em dois parágrafos, sendo que o primeiro trata das instituições que estão incluídas na constituição do SUS: “instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde⁴. Já o segundo parágrafo reitera a normativa constitucional que limita a participação da iniciativa privada no SUS: “a iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde - SUS, em caráter complementar⁴.”

O SUS tem como objetivos (definidos no artigo 5 da referida lei):

- a. Identificação e divulgação dos fatores determinantes e condicionantes de saúde;
- b. Formulação de políticas sociais e econômicas que visem agir sobre esses condicionantes e determinantes;
- c. Assistência às pessoas através de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, integrando ações assistenciais e preventivas.

Já o artigo 6 da referida lei estabelece as atribuições do SUS, que inclui a execução de ações de:

- a. Vigilância sanitária, definida como “conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde⁴. Vale ressaltar que as ações de vigilância sanitária também englobam o controle de bens de consumo e de prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.
- b. Vigilância epidemiológica, entendida como “um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos⁴.”
- c. Saúde do trabalhador, que seria “um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção

da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho⁴. As ações de saúde do trabalhador englobam (conforme estabelecido no §3º, incisos I a VIII da referida lei):

I - assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde - SUS, em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde - SUS, da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidente de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo o ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores⁴.

- d. Assistência terapêutica integral, incluindo a assistência farmacológica.

PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

A Lei nº 8.080/90 traz em seu artigo 7 os princípios e diretrizes do SUS, que reiteram o artigo 198 da Constituição Federal e estão dispostos nos incisos abaixo:

- I. Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II. Integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III. Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV. Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V. Direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI. Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII. Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII. Participação da comunidade;
- IX. Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a. ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b. regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.
- X. Integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI. Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII. Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII. Organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos⁴.

COMPETÊNCIAS

A Lei nº 8.080/90 também estabelece as competências de cada esfera de governo em relação ao SUS. União, Estados, Distrito Federal e Municípios tem definidas as suas competências comuns e específicas. Em termos gerais, os municípios são os principais responsáveis pela execução das ações de saúde, conforme o princípio da descentralização. Ao governo federal cabe a regulamentação das ações e formulações das políticas de saúde de nível nacional. Aos estados cabe dar suporte e cooperação técnica aos municípios na execução das ações de saúde. Essa é uma dica valiosa, porque as competências são muitas e semelhantes em alguns casos, podendo confundir o candidato no momento da resolução das questões. As competências são definidas no Capítulo IV da referida lei.

INICIATIVA PRIVADA E HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS

Em relação à iniciativa privada, a lei reforça as prerrogativas constitucionais. A assistência à saúde, portanto, é livre à iniciativa privada, que abrange pessoa jurídica de direito privado ou profissionais liberais que queiram prestar serviços aos SUS. Tal prestação de serviços deve ser feita mediante autorização do gestor e ser regulada pelo SUS, bem como seguir seus princípios e diretrizes. Além disso, é vedada a participação de capital estrangeiro para o financiamento do SUS, bem como doações de empresas.

Outro ponto abordado pela lei é a participação complementar da iniciativa privada, apenas quando os recursos do SUS não forem suficientes para atender a todas as demandas. Além disso, as instituições filantrópicas sem fins lucrativos têm prioridade em firmar convênios com o SUS.

3.2 - A LEI Nº 8.142/90

A Lei nº 8.142/90 versa sobre duas questões importantes: a participação popular e controle social no SUS e a transferência de recursos no SUS.

A participação popular se dá através de duas instâncias: os Conselhos e as Conferências de Saúde. O Conselho de Saúde é um órgão

colegiado permanente, composto de forma tripartite por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais e usuários, sendo 50% de usuários e os outros 50% divididos entre os demais. O Conselho tem como função o controle da execução da política de saúde, inclusive do orçamento destinado a essa política, em sua respectiva esfera de governo (federal, estadual, municipal). Seu caráter é deliberativo, mas suas decisões deverão ser homologadas pelo chefe de poder legalmente constituído em cada esfera de governo⁶.

Já as Conferências de Saúde reúnem-se a cada quatro anos para avaliar a situação de saúde em cada esfera correspondente e propor políticas. São convocadas pelo poder Executivo e, excepcionalmente, pelo Conselho de Saúde.

O artigo 2º trata do financiamento do SUS e estabelece critérios para a alocação de recursos do Fundo Nacional de Saúde. Os recursos devem ser transferidos de forma regular e automática do governo federal para os estados e municípios, desde que esses cumpram os seguintes requisitos:

- a. Ter um fundo de saúde;
- b. Ter um Conselho de Saúde com composição tripartite;
- c. Ter um plano de saúde definido;
- d. Apresentar o Relatório de Gestão;
- e. Apresentar um Plano de Carreira Cargos e Salários (PCCS) para os profissionais do SUS.

Está previsto na lei que o descumprimento desses critérios pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos nesse artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União⁶.

3.3 - NOB E NOAS

Na década de 1990, foram editadas Normas Operacionais Básicas (NOB), que são “instrumentos normativos com o objetivo de regular a transferência de recursos da união para os estados e municípios, o planejamento das ações de saúde, mecanismos de controle social, dentre outros”²⁶.

A primeira NOB editada foi a 01/91 que, em meio à crise econômica e governo que adotara uma política econômica neoliberal, instituiu o

sistema de pagamento por produção de serviços no SUS, utilizando a mesma tabela para pagamento de prestadores de serviços da iniciativa privada.

Em 1993 foi editada a segunda NOB, a 01/93, que definiu diferentes categorias de gestão, conforme o nível de responsabilização dos estados e municípios pelas ações de saúde (gestão incipiente, parcial e simplificada), o que impactava diretamente na distribuição de recursos.

Por fim, foi editada a NOB 01/96, a mais importante e também mais solicitada nas provas de residência. A NOB 01/96 foi extremamente relevante para a descentralização da gestão de saúde para os municípios, já que foi criada com a finalidade de “promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e Distrito Federal, da função de gestor da atenção de saúde do município”²⁹. Além disso, a NOB 01/96 redefine o papel dos estados e da União, bem como a transferência de recursos entre os três.

A NOB 01/96 prevê a criação de subsistemas municipais no SUS - o SUS Municipal, englobando todos os órgãos estatais, privados conveniados e filantrópicos, que prestam serviço à população do município. O gestor municipal deve coordenar e executar as ações de saúde desse sistema, além de realizar o planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria do sistema, e fazer articulações e negociações com outros municípios. O mesmo ocorre com os gestores estaduais e federal, de acordo com sua esfera de governo.

Além da municipalização da gestão, é necessário cumprir o princípio da equidade, o que se caracteriza como um grande desafio devido às diferenças de recursos entre os municípios. Por isso, é permitido que os municípios formem consórcios e se organizem em regionais de saúde para atender a demanda de saúde de um território. No entanto, esses consórcios precisam ser pactuados entre os gestores. O papel do estado é mediar as pactuações entre os municípios, além de oferecer cooperação técnica e financeira. Em casos excepcionais, quando o município ainda não atingiu a gestão plena das ações de saúde, o estado pode ser responsabilizar por isso. O governo federal também assume o papel de mediador entre os estados, de for-

ma que a municipalização da gestão não leve à fragmentação do sistema de saúde, como consequência da autonomia dos municípios.

A NOB criou também instâncias de negociação entre as três esferas de governo, que são a Comissão Intergestora Bipartite (CIB, que envolvem Estados e Municípios) e a Comissão Intergestora Tripartite (CIT, que envolve União, Estados e Municípios) e os fóruns de negociação. Essas instâncias são essenciais para a pactuação, integração das ações de saúde e estabelecimento de teto para o financiamento do sistema. Vale ressaltar que as decisões tomadas nessas instâncias passam pela aprovação dos respectivos Conselho de Saúde.

Foi criado também um instrumento que orienta e organiza as ações em saúde, formaliza as pactuações e orientam o planejamento e destinação de recursos, que são a Programação Pactuada Integrada e o Plano de Desenvolvimento Regional (PPI). A PPI “traduz as responsabilidades de cada município com a garantia de acesso da população aos serviços, quer pela oferta existente no próprio município, quer pelo encaminhamento a outros municípios, sempre por intermédio da relação entre os gestores municipais, mediadas pelos gestores estaduais”⁹.

Além disso, a NOB 01/096 revoga as categorias de gestão da norma anterior e institui dois tipos: a gestão plena do sistema municipal e a gestão da atenção básica. Os municípios que não forem habilitados para nenhum desses modos de gestão são considerados como prestadores de serviços de saúde e devem contar temporariamente com a gestão do estado, até que atinja os critérios de habilitação para gestão.

Outra medida implementada pela NOB 01/96 foi o financiamento por PAB fixo, um valor fixo calculado por habitante, que substitui a modalidade de pagamento por produção de serviços. São incorporados outros benefícios, especialmente àqueles municípios que cumprem a meta de cobertura de programas como a Estratégia de Saúde da Família (ESF), como forma de incentivar e fortalecer esses programas.

Em 2001 é publicada a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), com o objetivo

de consolidar a descentralização, aprofundar a regionalização na saúde e integrar os sistemas municipais, ampliando o acesso à saúde e seguindo o princípio da equidade. Para a consecução desses objetivos, foram definidas as seguintes estratégias:

- a. A construção do Plano de Diretor de Regionalização;
- b. Fortalecimento da capacidade gestora do SUS;
- c. Atualização dos critérios de habilitação para estados e municípios.

A NOAS foi criada a partir da constatação dos problemas para a implantação das normativas da NOB 01/96, na tentativa de efetivar a gestão plena dos municípios e a integração dos sistemas municipais de saúde, fortalecer a atenção básica e organizar e ampliar o acesso aos níveis ambulatorial e hospitalar.

3.4 - PACTO PELA SAÚDE

O Pacto pelo SUS foi criado em 2006, no intuito de superar dificuldades ainda existentes na efetivação dos princípios e diretrizes do SUS. Foi elaborado a partir de reuniões da Comissão Intergestora Tripartite e Conselho Nacional de Saúde. O Pacto pela Saúde apresenta três componentes: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS, que estabelecem metas e prioridades que deverão ser anualmente revisadas. Os componentes do Pacto pela Saúde serão detalhados a seguir.

3.4.1 - PACTO PELA VIDA

O Pacto pela Vida constitui-se de um conjunto de objetivos sanitários, definidos a partir da análise da situação de saúde do país e das prioridades definidas pelas três esferas de governo. Além disso, “significa uma ação prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados”. Sendo assim, as prioridades definidas foram:

- Saúde do idoso: implantação da Política Nacional de Saúde do Idoso, promovendo atenção integral;

- Controle do câncer de mama e colo de útero: redução da mortalidade causada por esses tipos de câncer;
- Redução da mortalidade infantil e materna: reduzir a mortalidade materna, neonatal e infantil por doença diarreica e tuberculose;
- Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza;
- Promoção de saúde: elaborar e implementar a Política de Promoção de Saúde e incentivar a população à adoção de hábitos saudáveis;
- Fortalecimento da atenção básica: consolidar a Estratégia de Saúde da Família como centro organizador da atenção básica⁸.

3.4.2 - PACTO EM DEFESA DO SUS

O Pacto em Defesa do SUS envolve ações que visam a repolitização da saúde e o fortalecimento do SUS enquanto política de Estado. As prioridades desse pacto são:

- Implementar um projeto permanente de mobilização social com a finalidade de: a) mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como garantidor desse direito; b) alcançar a regulamentação da ementa 29 da Constituição e a longo prazo garantir o incremento orçamentário para a saúde ;c) aprovar o orçamento do SUS.
- Elaborar e divulgar a Carta de Direito dos Usuários do SUS.

3.4.3 - PACTO DE GESTÃO

O Pacto de Gestão visa estabelecer de forma inequívoca as responsabilidades de cada ente federado, além de fortalecer a gestão compartilhada e solidária no SUS. Além disso, pretende radicalizar a descentralização e estruturação das regionais de saúde, reforçar o controle social e explicitar diretrizes para o financiamento tripartite. As prioridades do pacto de gestão são:

- Definir de forma inequívoca a responsabilidade de cada ente federado no SUS;
- Estabelecer diretrizes para gestão do SUS com ênfase na Descentralização; Regionalização; Financiamento; Programação Pactuada e Integrada; Regulação; Participação

e Controle Social; Planejamento; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde⁸;

As diretrizes do pacto de gestão englobam aspectos da: a) Descentralização; b) Regionalização; c) Financiamento; d) Planejamento; e) Programação Pactuada e Integrada (PPI); f) Regulação; g) Participação Social; h) Gestão do Trabalho; i) Educação na Saúde. No entanto, a Regionalização é uma das diretrizes que mais aparecem nas questões de provas de residência.

A Regionalização nada mais é que a organização da atenção à saúde em regiões, que podem ser intermunicipais, interestaduais e fronteiriças. Uma região de saúde pode ser definida como “recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território”⁸. Os principais instrumentos de planejamento da Regionalização são:

- Plano Diretor de Regionalização (PDR): o PDR deverá expressar o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde, objetivando a garantia do acesso, a promoção da equidade, a garantia da integralidade da atenção, a qualificação do processo de descentralização e a racionalização de gastos e otimização de recursos. O PDR deverá conter os desenhos das redes regionalizadas de atenção à saúde, organizadas dentro dos territórios das regiões e macrorregiões de saúde, em articulação com o processo da Programação Pactuada Integrada;
- Plano Diretor de Investimento (PDI): deve expressar os recursos de investimentos para atender as necessidades pactuadas no processo de planejamento regional e estadual. No âmbito regional, deve refletir as necessidades para se alcançar a suficiência na atenção básica e parte da média complexidade da assistência, conforme desenho regional e na macrorregião no que se refere à alta complexidade. Deve contemplar também as necessidades da área da vigilância em saúde e ser desenvolvido de forma articulada com o processo da PPI e do PDR;

- Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde (PPI): definida na seção anterior, quando abordamos a NOB 01/096.

3.5 - ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica no SUS é regulamentada pela Política Nacional de Atenção Básica (Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011) e é definida como “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção à saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades”¹¹. Na legislação do SUS, os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde” são utilizados como sinônimos.

A referida portaria ainda estabelece que a atenção básica “é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde”¹¹. Prioriza-se a descentralização e capilaridade, ou seja, deve acontecer próximo à vida das pessoas e ser a porta de entrada preferencial do SUS.

Como parte integrante do SUS, a atenção básica deve ser orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade, atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social.

A discussão sobre Atenção Primária à Saúde inicia-se a partir do modelo de Centros de Saúde Primária, estabelecida pelo Relatório Dawson, em 1920, na Inglaterra, que inspirou a estruturação de serviços de Atenção Primária em diversos países. Em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS), junto com o Unicef, realizou a I Conferência sobre Cuidados Primá-

rios em Saúde, em Alma-Ata, Cazaquistão, antiga União Soviética. Nessa conferência foi estabelecida uma definição para Atenção Primária à Saúde, sendo esta fundamental para a meta de melhorar o nível de atenção à saúde nos 143 países signatários. Essa meta ficou conhecida como Saúde para Todos no Ano 2000¹⁸.

3.5.1 - FUNDAMENTOS E DIRETRIZES

- I. Ter território adscrito. A atenção básica é estruturada a partir da lógica territorial, sendo o território delimitado pelas particularidades socioculturais de cada região, para que se faça um levantamento dos determinantes e condicionantes de saúde da população de cada território, bem como o acompanhamento e monitoramento da situação de saúde das famílias que nele habitam;
- II. Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos. A atenção básica deve ser resolutiva, acolher os usuários sem discriminação e responsabilizar-se de forma integral pelo cuidado, desde ações de promoção e prevenção, até a reabilitação;
- III. Adscrever os usuários e desenvolver relações e vínculo e responsabilização entre as equipes e a população garantindo a continuidade das ações e longitudinalidade do cuidado. Mesmo que haja encaminhamento para outros pontos de atenção da rede de serviços do SUS, há o retorno e acompanhamento da resposta pela equipe de profissionais da atenção básica, que são os profissionais de referência e responsáveis pelo cuidado do usuário;
- IV. Coordenar a integralidade em vários aspectos. Coordenar e integrar ações de promoção e prevenção, com ações de assistência, vigilância em saúde, reabilitação. O trabalho deve ser multiprofissional, interdisciplinar e em equipe, como forma de ampliar a capacidade de cuidado destes profissionais. “A presença de diferentes formações profissionais assim como um alto grau de articulação entre os profissionais é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência

profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências ampliando assim a capacidade de cuidado de toda a equipe¹¹. O foco da atenção desloca-se então para o cuidado ao usuário;

- V. Estimular a participação dos usuários, com o objetivo de ampliar a autonomia das pessoas assistidas e também o controle social.

3.5.2 - FUNÇÕES NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

As Redes de Atenção em Saúde (RAS) “constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles destaca-se: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde¹¹.

As funções da atenção básica nas RAS são:

- I. Ser base. Ser a modalidade de atenção mais descentralizada e, por isso, próxima das pessoas cuja participação no cuidado sempre será necessária (porta de entrada);
- II. Ser resolutiva, utilizando-se da clínica ampliada, escutar e acolher os usuários, identificando demandas e desenvolvendo o vínculo, atendendo as necessidades dos usuários e ampliando sua autonomia no cuidado à saúde;
- III. Coordenar o cuidado. Acompanhar o fluxo dos usuários em diversos pontos de atenção da RAS, servindo como ponto de comunicação. Elaborar, acompanhar e gerir os Projetos Terapêuticos Singulares, que são “conjuntos de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar. No fundo, é uma variação da discussão de caso clínico²⁹;
- IV. Ordenar as redes. Identificar as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, programando a demanda para serviços de saúde de outros pontos de atenção, organizando, dessa forma, a rede.

A portaria que define a Política Nacional de Atenção Básica também estabelece as responsabilidades e competências de cada esfera de governo na gestão, financiamento, estrutura física das unidades básicas de saúde, bem como na contratação e educação permanente dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família, que veremos a seguir.

3.5.3 - ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

A Estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da atenção básica no país e é considerada como uma “estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com um maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma ótima relação custo-efetividade¹¹.

A ESF requer o trabalho em equipe multiprofissional, que deve ser composta por:

- Médico generalista ou especialista em saúde da família, ou médico de família e comunidade;
- Enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família;
- Auxiliar ou técnico de enfermagem;
- Agentes comunitários de saúde.

Pode ser acrescido a essa composição básica os profissionais de saúde bucal, que são:

- Cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família;
- Auxiliar e/ou técnico em saúde bucal.

Em relação à distribuição desses profissionais, temos:

- O número de Agentes Comunitários de Saúde deve cumprir 100% da população cadastrada, sendo no máximo 750 pessoas para cada agente;
- Cada Equipe de Saúde da Família deve ser responsável por no máximo 4000 pessoas. No entanto, deve-se levar em consideração a situação de vulnerabilidade da população

cadastrada, recomendando-se, em média, a proporção de 3 mil pessoas por equipe;

- A jornada de trabalho deve ser de 40 horas semanais.

Além da modalidade básica de Equipes de Saúde da Família, existem também as Equipes de Atenção Básica para populações específicas:

- Equipes do Consultório de Rua: que são equipes itinerantes que atendem a população em situação de rua, tendo apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS);
- Equipes de Saúde da Família ribeirinhas: desempenham suas ações em unidades de saúde construídas em comunidades cujo acesso de dá por meio fluvial;
- Equipes de saúde fluviais: equipes que desempenham suas funções em unidades de saúde fluviais.

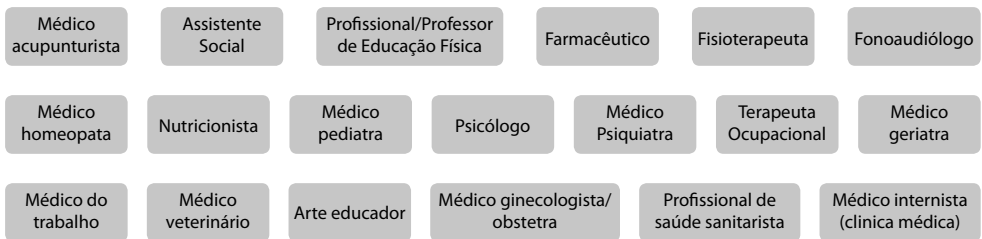
3.5.4 - NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)

O NASF foi criado com o objetivo de ampliar o escopo e a abrangência das ações de atenção básica, bem como sua resolutividade¹¹. São equipes compostas por profissionais de diversas áreas de conhecimento, que atuam integradas às Equipes de Saúde da Família, oferecendo apoio matricial.

O apoio matricial consiste em oferecer suporte especializado através de ações como: discussão de casos, atendimento (conjunto ou não), interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente etc.

Existem duas modalidades de NASF (I e II), com diferenças na carga horária semanal das equipes e número de Equipes de Saúde da Família, as quais deve prestar suporte. Os profissionais que podem compor as equipes do NASF são:

Figura 1 - Ocupações que podem compor a equipe do NASF



Vale ressaltar que cada gestor deve montar a equipe das diferentes modalidades de NASF de acordo com as peculiaridades de cada território.

3.6 - POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH)

3.6.1 - PRINCÍPIOS

Transversalidade: a PNH deve estar presente em todas as políticas que compõem o SUS.

Indissociabilidade entre atenção e gestão: as decisões da gestão incidem diretamente na atenção à saúde. Desse modo, é importante que profissionais e gestores dialoguem e que a gestão seja compartilhada. Além disso, é importante estimular a autonomia dos usuários para que estes exerçam o controle social.

Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos: parte do princípio de que “qualquer mudança na gestão e atenção é mais concreta se construída com a ampliação da autonomia e vontade das pessoas envolvidas, que compartilham responsabilidades”²³. Portanto, a PNH reconhece gestores, trabalhadores e usuários como protagonistas e produtores do cuidado à saúde.

3.6.2 - DIRETRIZES

Acolhimento: consiste na escuta qualificada do usuário do serviço, percebendo suas necessidades e encaminhando-as de maneira mais adequada. O acolhimento tem por objetivo “a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/ser-

viços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva²³.

Gestão participativa e cogestão: de acordo com a PNH, a “cogestão expressa tanto a inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão quanto a ampliação das tarefas da gestão - que se transforma também em espaço de realização de análise dos contextos, da política em geral e da saúde em particular, em lugar de formulação e de pactuação de tarefas e de aprendizado coletivo²³. É feita por meio de rodas de conversas que envolvem trabalhadores, gestores, usuários e seus familiares, convidando-os a conhecer os modos de gestão e participar deles. Colegiados gestores, mesas de negociação, contratos internos de gestão, Câmara Técnica de Humanização (CTH), Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), Gerência de Porta Aberta, entre outros, são arranjos de trabalho que permitem a experimentação da cogestão no cotidiano da saúde²³.

Ambiência: significa “criar espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas²³.

- **Clínica ampliada e compartilhada:** tem por objetivo “contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença²³. Utiliza a escuta e outras ferramentas para qualificação do diagnóstico, de modo a produzir um saber compartilhado sobre as decisões a serem tomadas.
- **Valorização do trabalhador:** assegurar a participação dos trabalhadores nos processos de gestão, valorizando sua contribuição e propiciar grupos de reflexão sobre o trabalho em saúde, as condições de realização do trabalho e a saúde do trabalhador, além de ofertar a educação continuada.
- **Defesa dos direitos dos usuários:** todos os usuários do SUS têm direitos garantidos por lei e é obrigação do serviço de saúde fazer com que esses direitos sejam conhecidos pelos usuários e cumpridos pelo serviço.

A Política de Humanização visa qualificar a relação entre gestores, profissionais e usuários do serviço de saúde, de modo a construir am-

bientes mais acolhedores e saudáveis e, indiretamente, melhorar a qualidade no atendimento em saúde no SUS.

REFERÊNCIAS

1. Rizzotto MLF. Neoliberalismo e saúde. Dicionário de educação profissional em saúde. Fiocruz. Acesso em 02 de fevereiro de 2017. Disponível em <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/neosau.html>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório final da 8ª conferência nacional de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Acesso em 02 de fevereiro de 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf
3. Brasil. Presidência da República: subchefia de assuntos jurídicos. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: 1988. Acesso em 02 de fevereiro de 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
4. Brasil. Presidência da República: Subchefia de assuntos jurídicos. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: 1990. Acesso em 02 de fevereiro de 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm
5. Vasconcelos, CM, Pasche DF. Sistema único de saúde. In: Campos GW de S. et al. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 2008, cap. 16, p.531-562.
6. Brasil. Presidência da república: subchefia de assuntos jurídicos. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: 1990. Acesso em 02 de fevereiro de 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm
7. Conselho Nacional de Saúde. Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação de princípios e diretrizes. Brasília: 2002.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as

- Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: 2006. Acesso em 02 de fevereiro de 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203 de 5 de novembro de 1996. Norma Operacional Básica 06/96. Brasília: 1996. Acesso em 02 de fevereiro de 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html
 10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Norma Operacional de Assistência à Saúde SUS (NOAS SUS 01/2001). Brasília: 2001. Acesso em 02 de fevereiro de 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html
 11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: 2011. Acesso em 02 de fevereiro de 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
 12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília: 2008. Acesso em 02 de fevereiro de 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html
 13. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos da atenção básica: saúde mental. Brasília: DF, 2013.
 14. Warchow, E. A Estratégia de Saúde da Família. Concurso a Inovação na Gestão Pública Federal. Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Acesso em 02 de fevereiro de 2017. Disponível em <http://repositorio.enap.gov.br/bitstream/handle/1/275/110%20-%20A%20Estrat%20C3%A9gia%20de%20Sa%20C3%BAde%20da%20Fam%20C3%ADlia.pdf?sequence=1>.
 15. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS - Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Série B. Textos Básicos em Saúde. Brasília: DF, 2004.
 16. Brasil. Ministério da Saúde - Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Gestão Participativa do SUS. Série textos básicos em saúde. 2ª Ed. 1ª Reimpressão. Brasília: DF, 2009. Acesso em 02 de fevereiro de 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf
 17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: DF, 2010. Acesso em 02 de fevereiro de 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html
 18. Matta GC, Morsini MVG. Atenção Primária à Saúde. Dicionário de educação profissional em saúde. Fiocruz. Acesso em 02 de fevereiro de 2017. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>
 19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654/GM, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-Ab) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Brasília: DF, 2011. Acesso em 02 de fevereiro de 2017. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1654_19_07_2011.pdf
 20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.645, de 02 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-Ab). Brasília: DF, 2011. Acesso em 02 de fevereiro de 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html
 21. Franco TB, Junior HMM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo, SP: HUCITEC; 2004.
 22. Brasil. Presidência da República. Casa Civil - Departamento de assuntos jurídicos. Decreto 7.508 de 28 de junho de 2008. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: DF; 2008. Acesso em 02 de fevereiro de 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm

23. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização - PNH. Brasília: DF; 2013. Acesso em: 02 de fevereiro de 2017. Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf
24. Brasil. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: Gestão Participativa e Co-gestão. Brasília: DF; 2009. Acesso em 02 de fevereiro de 2017. Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestao_participativa_cogestao_2ed.pdf
25. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde. Brasília: DF; 2011. Acesso em 02 de fevereiro de 2017. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/AF_Carta_Usuarios_Saude_site.pdf
26. Polignano MV. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. Acesso em 02 de fevereiro de 2017. Disponível em: http://www.uff.br/higienesocial/images/stories/arquivos/aulas/Texto_de_apoio_3_-_HS-Historia_Saude_no_Brasil.pdf
27. Baptista TWF. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: Matta GC, Pontes ALM. Políticas de saúde: operacionalização do sistema único de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. Acesso em 02 de fevereiro de 2017. Disponível em: http://www.concepcaoconsultoria.com.br/images/upload/file/Prefeitura%20Municipal%20de%20Presidente%20Janio%20Quadros_BA/Documentos%20para%20Consulta/Pol%C3%ADticas%20de%20Sa%C3%BAde%20-%20a%20organiza%C3%A7%C3%A3o%20e%20a%20operacionaliza%C3%A7%C3%A3o%20do%20SUS.pdf
28. Matta GC, Morsini MGV. Atenção à saúde. Dicionário de educação profissional em saúde. Fiocruz. Acesso em 02 de fevereiro de 2017. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html>
29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular. Série B Textos em Saúde. Brasília: Df; 2008. Acesso em 02 de fevereiro de 2017. Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_referencia_2ed_2008.pdf